8° 12

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 N°

THÈSE

f3

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ANDRÉ LAMBLING

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Lille, le 11 Mars 1899

LES TUMEURS VILLEUSES DU RECTUM

Président : M. LECÈNE, Professeur

MASSON ET Cie

— ÉDITEURS —

LES
TUMEURS VILLEUSES
DU RECTUM

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ANDRÉ LAMBLING

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Lille, le 11 Mars 1899

LES TUMEURS VILLEUSES DU RECTUM

Président : M. LECÈNE, Professeur

MASSON ET Cie

— ÉDITEURS —

LE DOYEN..... M. ROGER.

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	LÉON BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ABRAMI.	DUVOIR.	LIAN.
ALAJOUANINE.	ÉCALLE.	MATHIEU.
AUBERTIN.	FIESSINGER.	METZGER.
BASSET.	GARNIER.	MONDOR.
BAUDOUIN.	GATELLIER.	MOURE.
BINET.	HARVIER.	MULON.
BLANCHETIÈRE.	HEITZ-BOYER.	PHILIBERT.
BROCQ.	HOVELACQUE.	QUÉNU.
BRULÉ.	HUTINEL.	RICHET Fils.
CADENAT.	JOYEUX.	SÉZARY.
CHABROL.	LABBÉ (Henri).	VALLERY-RADOT.
CHIRAY.	LARDENNOIS.	(Pasteur).
CLERC.	LEMAITRE.	VAUDESCAL.
DEBRÉ.	LEROUX.	VELTER.
DOGNON.	LÉVY-SOLAL.	VERNE.
DONZELOT.	LHERMITTE.	

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A Monsieur le Professeur GLEY

PROFESSEUR AU COLLÈGE DE FRANCE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MON AMI

le Docteur Raoul KOURILSKY

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LECÈNE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR LEMIERRE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL BICHAT

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR BENSAUDE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage bénévole

M. le Professeur GILBERT (*in memoriam*). 1917.
M. le Docteur CAUSSADE. } 1919 1920.
M. le Docteur POTHERAT (*in memoriam*). }

Externat

M le Docteur BÉCLÈRE. } 1920-1921.
M. le Docteur PAISSEAU. }
M. le Docteur BENSAUDE. 1921-1922.

Internat

M. le Professeur agrégé AUBERTIN. 1922-1923 (*Internat bénévole*)
M. le Docteur PAISSEAU. } 1923-1924.
M. le Professeur agrégé LIAN. }
M. le Docteur RAVAUT. 1924-1925.
M. le Professeur LEMIERRE. 1925-1926.
M. le Docteur LESNÉ. } 1926-1927.
M. le Docteur BENSAUDE. }

MM. CHABROL, Henri BÉNARD, CAIN, LÉON-KINDBERG, Médecins des Hôpitaux.

MM. J.-Ch. BLOCH, Chirurgien des Hôpitaux, et Iser SALOMON, Radiologiste des Hôpitaux.

A MES MAITRES A L'INSTITUT PASTEUR

MM. les Docteurs Louis MARTIN et A. PETTIT.

A MES AMIS

Les Docteurs OURY, BLUM, AUBRY, DUBOIS et D'HOUR.

LES TUMEURS VILLEUSES DU RECTUM

INTRODUCTION

Durant notre année d'Internat dans le Service de notre Maître le Docteur Bensaude, nous avons été frappé du nombre de tumeurs rectales et rectosigmoïdiennes adressées à la consultation avec le diagnostic d'adénome ou de cancer du rectum, alors que leur aspect clinique, bien souvent, et leurs caractères histologiques, toujours, les différenciaient de l'une et de l'autre de ces néoformations. C'est ainsi que nous avons appris à connaître les tumeurs villeuses et que sur les conseils de M. Bensaude, nous nous sommes attaché à leur étude.

Nous avons ainsi groupé trente-sept observations de tumeur villeuses ; les unes ont été recueillies à la consultation et dans le service de Gastro-entérologie de M. Bensaude, à l'hôpital Saint-Antoine. D'autres proviennent du service du Professeur Lecène, à l'hôpital Saint-Louis. Enfin nous devons à l'obligeance de nos deux Maîtres d'avoir pu utiliser les documents qu'ils avaient personnellement réunis dans leur clientèle particulière.

L'étude de ces observations nous a confirmé la fréquence relative des tumeurs villeuses contrairement à l'opinion classique. En effet, nous ne trouvons mentionnés, dans les mémoires français de ces trente dernières années, qu'une douzaine de cas au maximum, et dans toute la littérature médicale que 150 observations environ depuis la publication princeps de Quain en 1854. Cependant M. Bensaude insistait déjà depuis longtemps dans son enseignement clinique et contrairement à l'opinion classique, sur la fréquence méconnue de ces néoplasies.

En outre, la confrontation de l'évolution clinique et de la constitution histologique de ces tumeurs nous a amené à proposer une

classification différente de celles des auteurs. En effet nous avons constaté d'une part des tumeurs villeuses bénignes, *dont les caractères correspondent à ceux de la description classique, mais qui semblent, plus souvent qu'on ne l'a dit, évoluer vers la dégénérescence maligne, et d'autre part, des* tumeurs villeuses dendritiques, d'emblée malignes, *vraisemblablement distinctes des précédentes, mais que leur architecture essentiellement villeuse et leur évolution clinique spéciale autorisent à classer dans un même groupe anatomo-clinique, et à distinguer formellement du cancer glandulaire.*

Dans un premier chapitre nous aborderons l'étude clinique d'ensemble de la tumeur villeuse de façon à bien en isoler le tableau. Nous étudierons ensuite les aspects histologiques de ces trois variétés de tumeurs et nous légitimerons la distinction que nous proposons ; nous tâcherons de situer leur place dans le cadre nosologique, la tumeur villeuse bénigne, surtout vis-à-vis de l'adénome et la forme dendritique, à côté de l'épithélioma cylindrique d'origine glandulaire.

Les caractères histologiques de ces tumeurs une fois précisés, nous rappellerons dans un chapitre d'ensemble la symptomatologie et l'évolution propres à chacune d'elles, et nous discuterons leur pronostic.

Au chapitre du diagnostic nous réserverons une importante place à la biopsie. Nous avons en effet largement utilisé cette épreuve, souvent à plusieurs reprises chez le même malade ; et, comme dans un grand nombre de cas nous avons pu compléter cette étude histologique fragmentaire par un examen microscopique de préparations plus étendues prélevées sur les pièces opératoires, il nous a été possible de préciser, en ce qui concerne ces tumeurs en particulier, les limites au delà desquelles il serait vain de demander à cette méthode des précisions que, par sa nature même, elle ne peut nous fournir. Cette question mérite à notre avis de retenir l'attention.

Enfin nous avons pu juger, chez plusieurs de nos malades, des effets de la radium- et de la radio-thérapie, ainsi que de la valeur de la fulguration. L'intervention chirurgicale retiendra particulièrement notre attention et nous exposerons brièvement les indications des diverses techniques opératoires qui méritent d'être retenues.

L'importance relative de notre statistique pouvant nous exposer à une critique préjudicielle concernant la valeur des faits que nous rapportons, nous croyons utile de résumer en quelques lignes, dès

maintenant, les caractères anatomo-cliniques essentiels que tous les auteurs s'accordent à attribuer à la tumeur villeuse du rectum et qui nous ont servi de critérium dans notre diagnostic.

Trois faits différencient nettement ces tumeurs villeuses des autres néoformations rectales, et en particulier de l'adénome et du cancer. Etiologiquement *elles sont presque exclusivement l'apanage de l'âge adulte et de la vieillesse.* Macroscopiquement *elles doivent leur physionomie très particulière au fin chevelu de villosités qui forment leur surface, lesquelles sont tantôt mobiles comme les franges d'une anémone de mer, tantôt agglutinées par un mucus visqueux ; et si ce caractère échappe à l'observation clinique, il attire l'attention dès le premier examen microscopique, les fines proliférations villeuses, insérées sur un stroma conjonctif, constituant parfois à elles seules toute la tumeur. Cet aspect macroscopique avait d'ailleurs frappé tous les auteurs, aussi la dénomination de tumeur* villeuse *créée par Holmes en 1858 est-elle restée classique. Ajoutons enfin un dernier caractère* histologique *: ces végétations demeurent longtemps purement superficielles, sans pénétrer dans les couches sous-jacentes. Ce sont ces deux dernières particularités anatomiques que Quénu et Landel ont voulu mettre en valeur en proposant le terme d'épithélioma* superficiel végétant.

Avant de terminer cette courte introduction nous voudrions exprimer à nos Maîtres qui nous ont facilité cette étude, toute notre reconnaissance. Nous aimerions que M. le Docteur Bensaude qui nous a inspiré cette thèse, considérât ce travail comme le témoignage de notre profonde gratitude et de notre très respectueuse affection. M. le Professeur Lecène a enrichi notre documentation et nous a guidé de ses conseils dans notre étude histologique et dans notre exposé thérapeutique ; nous lui en sommes infiniment reconnaissant et nous le remercions très respectueusement d'avoir bien voulu présider notre thèse. Enfin que notre Maître et Ami, M. le docteur Cain, à qui nous devons un grand nombre de nos préparations histologiques, soit assuré ici de notre cordial attachement et de nos vifs remerciements pour le concours amical qu'il a bien voulu nous prêter.

I

ETUDE CLINIQUE D'ENSEMBLE

Les tumeurs villeuses partagent avec les autres affections du rectum (hémorroïdes, rectites, cancer) un syndrome rectal commun, dont les hémorragies, les modifications des selles, les écoulements, les phénomènes douloureux constituent les éléments essentiels. Cependant, comme à chacune de ces affections, il est quelques symptômes qui lui sont plus propres et dont l'importance, la persistance ou le caractère particulier doivent attirer l'attention et orienter l'examen. A ce titre il en est trois qui semblent présenter une importance spéciale, les écoulements muco-glaireux, le prolapsus et, beaucoup plus rarement, l'élimination spontanée de fragments de la tumeur. On insistera plus longuement sur ces points.

Dans un chapitre ultérieur on verra ce qui, dans cette symptomatologie, s'applique plus exactement à chacune des variétés de tumeurs villeuses et on étudiera l'évolution particulière à chaque forme. Dans les lignes qui vont suivre, on ne présentera donc qu'un exposé analytique de tous les signes qui peuvent traduire la présence d'une tumeur villeuse à son début et à la période d'état.

ETIOLOGIE

Ces néoformations se développent exclusivement chez l'adulte et le vieillard : le tableau suivant met bien ce fait en relief :

	Obs. pers.	*Obs. diverses* (1).
Avant 40 ans	1	2
De 40 à 44 ans	4	4
De 45 à 49 ans	5	2

(1) Empruntées au Traité de Quénu et Hartmann, aux Thèses de Monod et de Galard.

	Obs. pers.	*Obs. diverses*
De 50 à 59 ans	8	5
De 60 à 69 ans	10	7
A 70 ans et au-dessus	9	2

Près de 85 % de nos observations ont donc trait à des sujets de plus de 45 ans. La tumeur villeuse apparaît ainsi à l'âge du cancer, et, comme elle constitue, bien après ce dernier d'ailleurs, la tumeur rectale la plus fréquente, on conçoit que de ce fait le diagnostic se pose souvent entre ces deux affections.

Il est une autre remarque qu'appelle cette constatation ; la tumeur villeuse commence à peine à survenir lorsque est déjà dépassé l'âge de l'adénome. Quénu et Hartmann apportent en effet l'observation d'une tumeur villeuse chez une jeune femme de 28 ans et un cas d'adénome chez un sujet de 26 ans. Ce sont là des cas extrêmes. Notre plus jeune malade avait 38 ans. Cette différence mérite d'être notée dès maintenant, et nous aurons à la rappeler lorsqu'on étudiera plus loin les rapports de la tumeur villeuse et de l'adénome.

Le sexe ne paraît jouer qu'un rôle très secondaire. Notre statistique concerne 22 hommes et 15 femmes, proportion que nous avons retrouvée approximativement dans l'ensemble des observations où le sexe est mentionné. Sans admettre avec G. Gant un rapport du simple au double, on peut estimer qu'ici également, comme pour le cancer et l'adénome, l'homme est plus souvent touché que la femme.

Nous ne parlerons pas des causes prédisposantes, l'étiologie des tumeurs villeuses partageant l'obscurité qui entoure l'origine des tumeurs en général. Aucun des facteurs occasionnels qui ont été invoqués tour à tour, hémorroïdes, rectite, constipation, ne paraît avoir une constance suffisante pour qu'on soit autorisé à en tenir compte.

SIGNES PONCTIONNELS ET GÉNÉRAUX

Les hémorragies. — Conformément à la description classique nous avons constaté la rectorragie chez plus des trois quarts de nos malades, mais malgré cette fréquence l'hémorragie ne semble pas être un symptôme de premier plan.

Elle peut en effet faire totalement défaut (obs. 2, 3, 9, 14 et 33) et dans les autres cas elle est en général discrète — quelques gouttes de sang rouge, quelques stries parsemant les selles — et apparaît assez tardivement après les autres troubles fonctionnels, constipation ou diarrhée, écoulement glaireux. C'est donc un signe secondaire et quant à sa date d'apparition et quant à son importance.

Chez quelques malades elle peut cependant constituer un symptôme de début, ou, dans le cours de l'évolution, prendre le pas sur les autres manifestations. C'est là un point particulier qui nous semble avoir surtout une valeur pronostique concernant la nature évolutive de la néoplasie et sur lequel nous reviendrons dans un chapitre ultérieur.

Dans d'autres cas l'hémorragie est liée directement à un traumatisme appréciable, fragmentation de la tumeur ou prolapsus au travers du sphincter anal (obs. 18 et 37). En dehors de ces faits, nous n'avons pas constaté les grosses hémorragies spontanées dont Quénu et Landel, Potherat, entre autres, ont rapporté des observations, et qui par leur importance constituaient le fait saillant de la maladie, provoquaient une anémie profonde au point de nécessiter une exérèse d'urgence.

Les écoulements muco-glaireux. — L'importance et la fréquence des écoulements muco-glaireux constituent par contre un symptôme de beaucoup plus grande valeur, vraiment très particulier à la tumeur villeuse, et sur lequel tous les auteurs ont insisté de longue date.

Il s'agit dans les cas typiques d'une sécrétion claire, transparente, un peu visqueuse, mélangée à des amas gélatiniformes, glaireux, rappelant le blanc d'œuf ou une solution gommeuse. L'aspect en est tout à fait spécial et ne peut être confondu avec celui des sécrétions muco-purulentes du cancer ou des rectites chroniques. La constatation d'un écoulement aussi caractéristique rend très vraisemblable le diagnostic de tumeur villeuse, cette sécrétion réalisant une véritable biopsie partielle de la néoplasie, à la constitution de laquelle, on le sait, les cellules muqueuses prennent en effet une grande part.

Pour certains malades cet écoulement est le fait dominant et les amène au médecin. Son abondance peut être telle, qu'elle

oblige le sujet à se garnir, notamment durant la nuit. Parfois la sécrétion s'accumule, s'évacue en une fois ainsi qu'« une poche d'eau qui se romprait brusquement » (obs. 26). En général l'écoulement est subcontinu et se traduit par des envies fréquentes d'aller à la selle (20 à 30 fois par jour chez une de nos malades), laquelle se résume à quelques crachats de sérosité muqueuse.

Ces fausses envies sont purement fonctionnelles ; elles ne s'accompagnent le plus souvent ni de ténesme, ni de brûlures anales, et c'est là un point qui les différencie nettement des épreintes de la dysenterie avec lesquelles on pourrait de prime abord les confondre.

Analysée dans une de nos observations, cette sécrétion muqueuse s'est montrée alcaline et dépourvue de tout pouvoir diastasique (obs. 9).

Les modifications des selles. — Tous les auteurs ont insisté sur la fréquence de la *constipation*. Ce symptôme nous a paru loin d'être constant. Certes on retrouve dans l'histoire de quelques malades la notion d'une constipation particulièrement opiniâtre depuis quelques années. Mais ne s'agit-il pas souvent d'une constipation habituelle sur laquelle le sujet a eu l'attention attirée à l'occasion d'une manifestation rectale quelconque (hémorragie légère, pesanteur) ? Chez une de nos malades cependant (obs. 25), une constipation progressive était de date récente et semblait bien marquer le début clinique de la tumeur villeuse. Mais n'est-ce pas là un symptôme bien commun à de multiples états, et en particulier ne l'a-t-on pas décrit dans la symptomatologie de début du cancer du rectum ?

Plus significative est, à notre avis, la « diarrhée » que les malades signalent très souvent. Il s'agit dans la plupart des cas d'une *pseudo-diarrhée* conditionnée par l'abondance de la sécrétion séro-muqueuse dont la véritable nature échappe ainsi à l'observation des malades. Aussi, très souvent, ces derniers déclarent-ils avoir par jour une ou deux selles normales ou un peu dures et de nombreuses selles « diarrhéiques » qu'ils sont incapables par ailleurs de décrire. Et lorsque l'hospitalisation permet de préciser le caractère de ces selles, on constate, qu'à peine fécaloïdes, elles sont faites uniquement d'une sérosité muqueuse, transparente et légèrement opaque, parfois un peu striée de sang,

d'odeur légèrement fade, totalement différente d'aspect des sécrétions fétides, séro-purulentes ou hémorragiques qui constituent les débâcles diarrhéiques du cancer.

La fréquence de cette pseudo-diarrhée, dont l'interprétation erronée risque de faire méconnaître l'écoulement séro-muqueux qu'elle masque, nous paraît avoir une importance diagnostique bien plus considérable que la constipation.

Enfin nous n'avons relevé qu'une fois des modifications des selles qui étaient rubanées. Pas plus que dans le cancer, cette constatation ne mérite d'être retenue.

L'élimination des fragments de tumeur. — L'expulsion de débris tumoraux, pour rare qu'elle soit, constitue un symptôme de très grande valeur. On ne peut certes pas le considérer comme pathognomonique. L'adénome du rectum en particulier peut être éliminé en masse après sphacèle de son pédicule. Mais ce qui semble très particulier à la tumeur villeuse, c'est la fragmentation progressive de la néoplasie et l'expulsion de débris durant plusieurs mois. Nous n'avons pas constaté d'observations de cet ordre en ce qui concerne le cancer.

Un de nos malades (obs. 28) a expulsé, en l'espace de cinq mois, 97 fragments du volume moyen d'un petit pois. Cette expulsion survenait spontanément sans aucun phénomène douloureux, ni aucune hémorragie. Dans un autre cas, ce furent 28 fragments qui furent éliminés à des intervalles de un à deux mois durant plus de deux ans (obs. 18). Le volume de ces débris, histologiquement utilisables, décroissait progressivement de celui d'un pruneau à celui d'une perle. Chaque expulsion était associée à une hémorragie souvent abondante. Enfin un autre de nos malades élimina également un fragment de tumeur du volume d'une cerise (obs. 29).

Cette élimination spontanée de fragments n'est pas absolument exceptionnelle. Allingham et Hauser en rapportent notamment des observations, et André Monod, un cas dans sa thèse. D'après ces auteurs, cette fragmentation serait liée au prolapsus de la tumeur et au traumatisme exercé sur elle par les contractions sphinctériennes. Dans nos observations, ce mécanisme ne pouvait être invoqué. Chez deux de nos malades, la tumeur siégeait à 10 cm. de l'anus et chez le troisième (obs. 18) sa situation haute sur le sigmoïde l'avait toujours mise à l'abri des investigations

rectoscopiques, de sorte que la constatation des débris et leur analyse microscopique permirent un diagnostic qui jusque-là était resté hésitant.

Sauf dans cette dernière observation, où il semble que la tumeur ait été totalement expulsée — la malade qui avait été traitée durant des années pour un syndrome intestinal mal défini, ne présente plus aucune manifestation pathologique depuis l'expulsion du dernier fragment, soit depuis 18 mois — il semble que dans la majorité des cas cette fragmentation reste toujours incomplète et ne puisse pas être considérée comme un mode de guérison. Sa valeur diagnostique n'en demeure pas moins considérable.

Le prolapsus. — Dans un certain nombre de cas, nous avons noté le prolapsus de la tumeur qui vient faire hernie à l'anus. En général cette procidence ne survient qu'au moment des selles, la réduction s'opérant spontanément ou nécessitant l'intervention manuelle. Chez un seul de nos malades, ce prolapsus est devenu irréductible, et la tumeur, étranglée au niveau de son pédicule par le sphincter anal, nécessita une intervention d'urgence.

La constatation chez un adulte d'une tumeur rectale présentant depuis longtemps ce phénomène, souvent depuis des années, nous paraît devoir attirer l'attention. Sans considérer ce signe comme très particulier à la tumeur villeuse, on est cependant obligé de constater qu'il est beaucoup plus fréquent au cours de cette néoplasie qu'au cours du cancer. En effet, l'évolution purement et longtemps superficielle des végétations villeuses leur permet de glisser peu à peu sur les couches musculaires profondes, en entraînant la muqueuse rectale, tandis que le cancer est trop précocément infiltrant pour qu'une semblable procidence ne soit rapidement limitée dans son excursion.

Envisagé sous cet angle le prolapsus, joint à l'ensemble des autres signes que nous décrivons, prend une certaine importance diagnostique.

Les phénomènes douloureux. — La tumeur villeuse demeure longtemps une affection indolente. Chez plus de la moitié de nos malades, elle avait évolué sans aucun phénomène douloureux vrai, si l'on excepte la sensation désagréable du faux besoin fréquent. Tout au plus les sujets signalent-ils, plus qu'ils ne s'en

plaignent, une sensation de pesanteur ou de corps étranger rectal, surtout manifeste après les garde-robes.

Exception doit être faite des cas où la tumeur s'extériorise à l'anus au moment des défécations, occasionnant alors une sensation de ténesme ou de douleur véritable.

Cependant certains sujets se plaignent de quelques douleurs abdominales, parfois de douleurs paroxystiques au moment des selles. Ce sont en général des malades qui présentent des hémorragies plus abondantes, parfois un état général moins satisfaisant, et ces constatations, ainsi que nous le verrons plus loin, doivent engager à émettre quelques réserves sur la nature histologique de la tumeur.

État général. — A ce tableau clinique très fruste dans ses manifestations fonctionnelles, correspond dans la plupart des cas une conservation parfaite de l'état général. Telle fut la règle chez plus des trois quarts de nos malades. L'abondance des écoulements muqueux ne nous a pas paru avoir un retentissement notable sur la santé ; par contre, des hémorragies abondantes ou répétées suffisent à elles seules pour réaliser à la longue un état d'amaigrissement et d'anémie inquiétant.

Dans quelques cas cependant l'état général, après s'être maintenu durant une longue période, se met à décliner sans qu'il soit possible d'en trouver une explication dans une plus grande abondance des hémorragies, ou par ailleurs de constater une modification apparente de la tumeur, une adénopathie ou, à plus forte raison, une métastase. Cette déchéance doit cependant être tenue pour suspecte, car elle annonce fréquemment une dégénérescence maligne, même lorsque la tumeur est encore bien limitée et mobile.

EXAMEN PHYSIQUE

Nous passerons rapidement sur l'examen de l'orifice anal, qui n'apporte en général aucun renseignement particulier. Notons en passant que, quelque ait été l'abondance des écoulements séreux, nous n'avons jamais constaté les érosions périnéales ou les inflammations érythémateuses que les sécrétions cancéreuses

occasionnent assez souvent. De même nous n'avons pas remarqué que nos malades fussent plus fréquemment porteurs d'hémorroïdes, externes ou internes, contrairement à l'avis de Goodsall et Miles. Pour ces auteurs en effet, la tumeur villeuse non prolabée ne saigne pour ainsi dire pas, et la plupart des hémorragies constatées dans ces cas seraient la conséquence d'hémorroïdes internes concomitantes.

Il est assez rare qu'au cours de l'examen on assiste à la procidence de la tumeur au travers de l'anus. Dans ce cas, le diagnostic est aisé, les végétations villeuses se présentant alors avec tous les caractères que nous allons décrire. Par contre, lorsque le prolapsus est fixé, en cas de tumeur bas située (obs. 37), cette dernière perd rapidement son aspect particulier. Une inflammation chronique l'indure fréquemment, des ulcérations superficielles abrasent son manteau de villosités, et sans la biopsie, le diagnostic inclinerait plutôt en faveur du cancer cylindrique.

Le toucher rectal fournit des renseignements dans la plupart des cas. En effet, 80 % des tumeurs observées par nous siégeaient entre 6 et 12 cms, c'est-à-dire à portée du doigt. Les impressions tactiles recueillies par le toucher varient quelque peu suivant que l'on a affaire à une tumeur plus ou moins pédiculée et lobulée, ou à des végétations en plaques presque sessiles.

Dans ce dernier cas, les sensations perçues par le doigt sont très particulières. L'index délimite mal une zone légèrement saillante, molle, dépressible, dont les contours fuyants échappent à toute précision. Il semble que le doigt pénètre dans une masse gélatineuse, glissante, qui donne l'impression d'un amas de replis muqueux. On ne sent aucun pédicule, parfois une zone un peu plus élastique, sinon indurée, mais l'ensemble des végétations est parfaitement souple et mobile.

D'autres fois il s'agit d'une tumeur lobulée et pédiculée. Le doigt peut suivre les contours de l'insertion, un peu plus ferme en général que la tumeur elle-même, mais ne peut en préciser exactement l'étendue comme dans le cancer ou le polype. L'intervention réserve fréquemment des surprises à ce sujet, le pédicule étant en général beaucoup plus large que l'examen ne le faisait prévoir. La tumeur, dont les bords sont mous et fuient sous le doigt, est plus élastique et plus ferme que dans la forme pré-

cédente. Parfois sa surface donne l'impression d'un granité souple et fin, un peu plus résistant en certains points.

L'ensemble de la tumeur est parfaitement mobile sur les plans profonds et la muqueuse avoisinante est souple.

On ne manquera de rechercher, surtout au point de vue opératoire, des petites végétations aberrantes qui pourraient être l'origine d'une récidive, et, au point de vue diagnostique, de palper les ganglions rétro-rectaux qui, dans la règle, sont indemnes.

La *rectoscopie*, qui peut ne pas être indispensable lorsqu'il s'agit d'une tumeur néoplasique dont le doigt précise la dureté et l'immobilité, est particulièrement nécessaire pour affirmer l'existence d'une tumeur villeuse. Ici encore l'aspect peut être variable, mais en tout cas bien spécial.

Tantôt le rectoscope découvre un amas glaireux et filant derrière lequel on aperçoit à peine la coloration rosée de la tumeur. Aucune néoplasie rectale ne détermine une secrétion muqueuse comparable. Chez une de nos malades notamment (obs. 9), l'écoulement était tellement abondant qu'il bavait par gorgées successives dès que le mandrin était retiré du rectoscope et qu'au cours de l'examen on voyait la sérosité suinter hors de la tumeur comme des mailles d'une éponge.

Ou bien la tumeur, débarrassée de son enduit glaireux, apparaît à nu. Parfois le fin chevelu des villosités est nettement visible et la surface de la néoplasie présente un aspect velvétique. Bien plus souvent les villosités restent agglutinées les unes aux autres, dessinant alors une très fine mosaïque d'aspect rosé ou rouge sombre.

La tumeur ne s'oppose aucunement à la progression du rectoscope. Contrairement au cancer, elle s'efface devant le tube et s'écrase contre la muqueuse sans que ce traumatisme détermine une hémorragie appréciable, tout au plus un fin piqueté sanglant. La malléabilité et l'élasticité de ces végétations, par ailleurs très vascularisées, fournissent l'explication de la rareté ou du peu d'importance des phénomènes hémorragiques que l'on constate dans la majorité des observations.

Enfin la rectoscopie est seule capable de découvrir les tumeurs haut situées, à plus de 12 ou 15 cm., et constitue le premier temps de la biopsie sur l'importance de laquelle nous reviendrons.

Nous ne ferons que signaler pour terminer, la *radioscopie*, après lavement opaque. Dans la règle, les renseignements obtenus sont nuls. Cependant, dans un cas nous avons constaté une image très caractéristique, de lacune floue, à bords festonnés, qui reproduisait fidèlement le contour des végétations (obs. 9). Peut-être cette exploration pourrait-elle donner des renseignements pour les tumeurs sigmoïdiennes inaccessibles à la rectoscopie. En tout cas, cette image lacunaire n'a rien qui la différencie de celles que l'on voit couramment dans les néoplasies gastriques, et sa constatation permet seulement d'affirmer l'existence d'une tumeur, sans préjuger de sa nature.

En conclusion, la symptomatologie des tumeurs villeuses peut se résumer en quelques lignes. Dans certaines observations typiques, un écoulement muqueux abondant et connu du malade, parfois associé à un prolapsus intermittent, constitue le fait essentiel et donne aussitôt l'éveil. Exceptionnellement l'expulsion de fragments villeux précise d'une façon plus significative encore la nature de la néoplasie.

En général, la tumeur évolue sous le couvert d'une symptomatologie très discrète : chez un individu dont l'état général est parfaitement conservé, surviennent — sans présenter d'accentuation notable durant des mois et des années, caractère particulièrement important — des hémorragies peu abondantes et surtout une pseudo-diarrhée dont il importe de ne pas méconnaître la véritable nature.

L'examen physique, toucher et rectoscopie, révèle l'existence d'une tumeur dont l'aspect est parfois suffisamment net pour imposer le diagnostic, mais presque toujours assez particulier pour la singulariser, attirer l'attention et engager à un examen histologique complémentaire.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES

L'étude des pièces opératoires ne permet pas une description univoque de l'aspect macroscopique des tumeurs villeuses. Tous les intermédiaires peuvent se voir depuis la tumeur de petit volume, nettement pédiculée, jusqu'à la végétation villeuse diffuse, parsemant, sans limites bien précises, la muqueuse rectale. Cependant trois types peuvent être schématisés qui au point de vue opératoire et pronostique méritent d'être distingués : la tumeur pédiculée, la tumeur en plaque ou circulaire et les végétations villeuses diffuses.

Les *tumeurs pédiculées* et les *tumeurs sessiles limitées* ont été décrites par tous les auteurs. Aussi serons-nous brefs à leur sujet. Rappelons seulement que si l'on peut voir des pédicules allongés atteignant 5 et 7 cm. (Cooke), il est beaucoup plus fréquent de constater des pédicules courts et larges bien différents en cela du pédicule des polypes ordinaires. Le volume moyen de ces tumeurs pédiculées oscille entre celui d'une cerise et celui d'un pruneau ou d'un œuf de poule. La plupart des tumeurs de ce genre que nous avons étudiées, avaient les dimensions d'une noix ou d'un abricot, quelques-unes celles d'une mandarine, une seule le volume d'une orange (obs. 13 et fig. 1). Il est exceptionnel de rencontrer des tumeurs plus importantes comme celles rapportées par Allingham et par Mondor et qui atteignaient la grosseur d'une tête de fœtus à terme.

Les *tumeurs sessiles* sont constituées par des houppes de végétations villeuses insérées côte à côte et figurant un dessin bien limité, soit de plaques, soit de bandes obliques ou circulaires entourant dans ce cas la lumière intestinale, ainsi que nous l'avons vu une fois (obs. 11). L'étendue de ces plaques est variable, tantôt de quelques centimètres de diamètre, tantôt de l'étendue d'une paume de main.

Parmi dix-sept observations de tumeurs villeuses dont nous avons pu examiner les pièces opératoires, dix répondaient à ces deux types de description, les formes franchement pédiculées étant unies aux formes sessiles en nappe par toutes les transitions de tumeurs plus saillantes, à base d'implantation un peu plus étroite que le corps de la tumeur, sans qu'on puisse parler cependant de pédicule.

Différents auteurs ont insisté sur la fréquence des *tumeurs multiples*. Dans ce groupe d'observations, nous avons constaté dans plusieurs cas une petite houppe végétante isolée à peu de distance d'une tumeur à large pédicule, bien limitée par ailleurs (obs. 7, 11, 12). Cette multiplicité est à notre avis plus fréquente qu'on ne pourrait le croire de prime abord, surtout après un toucher rectal ou même un examen endoscopique. Ces tumeurs aberrantes doivent échapper assez souvent au cours de l'exploration opératoire et c'est vraisemblablement à des végétations isolées et méconnues qu'il faut attribuer certaines récidives portant sur des tumeurs villeuses bien limitées, apparemment solitaires et correctement excisées.

Qu'une tumeur sessile, en plaque, s'accompagne de quelques houppes villeuses aberrantes, et le tableau des *végétations villeuses diffuses* du rectum est ainsi esquissé. La limite précise est difficile à établir entre ces variétés de tumeurs, et il est vraisemblable qu'il ne s'agit là que d'une question d'évolution. Tel de nos malades, en effet (obs. 11), est opéré pour une tumeur villeuse sessile, circulaire (résection par les voies naturelles), qui fait dix ans après une véritable explosion villeuse de toute la muqueuse rectale. Cette diffusion rappelle ce que l'on peut voir dans certaines polyposes et échappe à une description systématique. Toute la muqueuse est parsemée alors de végétations villeuses, tantôt agminées en tumeurs plus saillantes, tantôt parsemant la muqueuse en une nappe plus ou moins

continue et qui obligerait à une large amputation rectale.

Ces formes diffuses ou à tendance extensive, ont été peu signalées par les auteurs. Elles nous semblent, cependant, assez fréquentes (quatre obs.) et surtout représentent dans quelques cas le mode anatomique des récidives. Nos observations 11 et surtout 32 sont très démonstratives à cet égard. Enfin leur diffusion fait de ces végétations plus qu'une maladie locale d'un point limité de la muqueuse, une véritable *maladie villeuse du rectum*. Ces considérations, sur lesquelles nous aurons à revenir, présentent, à côté de leur importance théorique, un grand intérêt pratique, puisqu'elles éclairent d'un jour particulier le problème des récidives post-opératoires.

Les aspects de la tumeur ont été décrits dans le chapitre précédent. On ne reviendra pas sur l'aspect finement végétant de la surface, sur la consistance un peu molle des végétations. Signalons cependant que dans un certain nombre de cas l'aspect villeux, même après immersion dans l'eau, n'est pas nettement apparent. On ne remarque que des petites saillies papillaires, beaucoup plus épaisses que le chevelu villeux que seul l'examen histologique mettra en évidence.

Enfin il peut exister des zones inflammatoires d'infection, parfois des petits abcès. Dans une de nos observations, la surface de la tumeur présentait une ulcération dont les caractères faisaient penser à une dégénérescence néoplasique. L'examen histologique montra qu'il s'agissait en réalité d'une ulcération inflammatoire banale. Ce fait est intéressant à signaler au point de vue diagnostique.

Une coupe de la tumeur en précise l'architecture. Les tumeurs saillantes ou pédiculées se développent par voie dichotomique, du pédicule ou de la base se dégageant des ramifications successives qui se rendent aux lobes et aux lobules. Dans les formes sessiles chaque houppe villeuse s'implante sur un lobule qui s'insère directement sur la muqueuse. Dans tous les cas, la tumeur demeure purement superficielle. La muqueuse rectale avoisinante, qui par ailleurs conserve tous ses caractères normaux de souplesse, d'aspect et de coloration, fait brusquement place aux végétations villeuses qui s'élèvent dans la lumière intestinale sans pénétrer dans les couches sous-jacentes, chorion et musculeuse, dont on retrouve le dessin sans aucune solution de continuité.

La description qui précède s'applique exclusivement aux tumeurs villeuses bénignes. Il nous faudrait pour compléter ce paragraphe étudier l'aspect macroscopique des tumeurs villeuses en voie de dégénérescence et celui des formes dendritiques d'emblée malignes. Nous préférons, pour éviter d'inutiles redites, reporter cette description au chapitre d'ensemble que nous consacrons plus loin aux différentes variétés anatomo-cliniques de tumeurs villeuses. Ces caractères macroscopiques présentent d'ailleurs plus un intérêt clinique qu'anatomique.

ETUDE HISTOLOGIQUE

Nous exposerons successivement dans ce paragraphe les caractères histologiques des tumeurs villeuses bénignes, des tumeurs en voie de dégénérescence et des formes dendritiques, d'emblée malignes.

A) *TUMEURS VILLEUSES BÉNIGNES*

ARCHITECTURE GÉNÉRALE

Ainsi qu'on l'a vu plus haut la coupe macroscopique donne déjà la notion des limites, du mode d'insertion et de l'extension de la tumeur. L'examen à un très faible grossissement ou avec une loupe un peu forte précise ces différents caractères, pourvu que l'on dispose d'un fragment suffisamment important.

Sur une coupe histologique, la tumeur se caractérise essentiellement par ses franges villeuses qui interrompent brusquement la continuité intestinale. Lorsque la tumeur est sessile, les villosités s'insèrent en série linéaire sur le chorion qui paraît à peine plus épais qu'au niveau de la muqueuse saine voisine. S'il s'agit au contraire d'une tumeur pédiculée, l'infra-structure conjonctive est plus épaisse et se divise à sa surface en une série de mamelons dans chacun desquels vient prendre racine une houppe de villo-

sités. Ainsi se trouve constituée la tumeur lobée et lobulée décrite par Quénu et Landel.

Mais quelle que soit la nature de la tumeur, sessile ou pédiculée, on est frappé à cet examen pratiqué au faible grossissement par les limites précises de cette néoformation. Dans la profondeur, la continuité du chorion avec les fractions voisines saines n'est pas modifiée ; le dessin des couches musculaires sous-jacentes conserve son profil normal. Latéralement la tumeur, qui doit à l'affinité chromatique de son épithélium une coloration plus sombre, se continue brusquement avec la muqueuse normale, plus claire, dans laquelle elle paraît enchâssée.

L'analyse histologique précise ce caractère absolument superficiel de la tumeur et le brusque passage de la muqueuse saine à la néoformation.

CARACTÈRES MICROSCOPIQUES

Les **villosités** constituent l'élément essentiel de la tumeur. Elles se présentent à la coupe avec des physionomies très variables suivant l'angle sous lequel elles ont été intéressées. La même préparation permet le plus souvent de les étudier sous leurs différents aspects.

En certains points elles se dressent en formations parallèles, légèrement sinueuses et inclinées vers la lumière intestinale, souvent uniques, parfois émettant une ou deux fines ramifications. Leur extrémité libre s'effile en pointe de lance, leur base plus large s'insère sur le stroma à des niveaux variables, deux ou plusieurs villosités pouvant confluer au-dessus de la surface intestinale. Il en résulte que les espaces intervilleux descendent plus ou moins bas, parfois assez profondément dans le stroma pour figurer des pseudo-culs-de-sac glandulaires.

En d'autres points la coupe a été perpendiculaire et les arborescences villeuses, coupées à angle droit, figurent dans la lumière intestinale des éléments arrondis ou légèrement ovales, à centre conjonctif, à surface épithéliale et qui rappellent assez exactement une image glandulaire inversée.

Enfin toutes les figures intermédiaires peuvent se rencontrer ; les villosités coupées sous des incidences obliques réalisent alors

un lacis échappant à toute description, et seule la constatation de l'axe conjonctif et de la bordure épithéliale permet d'en préciser la nature exacte.

Le **stroma conjonctif** rappelle très exactement le tissu interstitiel des adénomes du rectum. Epaississant un peu le chorion de la muqueuse normale dans les tumeurs sessiles, plus développé dans les tumeurs pédiculées, il est formé d'un réticulum de fibrilles plus ou moins lâches, contenant des cellules conjonctives jeunes et une grande quantité de cellules migratrices. Dans certains cas il existe des îlots leucocytaires traduisant l'infection banale de la tumeur et réalisant des petits abcès miliaires. Ce stroma est parcouru par de nombreux capillaires qui sont souvent très dilatés au point de figurer de véritables lacs sanguins.

A sa base, le stroma repose sur les couches musculaires qu'il ne refoule jamais. Parfois la ligne nette de la *muscularis mucosae* le sépare nettement des couches sous-jacentes. Assez souvent, cette dernière n'est plus visible, sans cependant que l'on constate une effraction quelconque vers la profondeur.

De ce stroma pédiculé ou sessile, partent des trousseaux conjonctifs qui se ramifient en surface et affectent une complexité qui dépend de la complexité même de la tumeur. Dans les formes simples les filets conjonctifs se détachent en dents de peigne et se disposent dans le trajet et les villosités ; dans les formes plus compliquées le stroma se divise et s'amincit progressivement, en suivant fidèlement les ramifications villeuses dont il constitue l'assise.

L'axe de la villosité est d'importance variable, parfois réduit à quelques filaments conjonctifs, parfois infiltré de cellules lymphoïdes dont la densité est directement en rapport avec le degré d'inflammation de la tumeur. Son épaisseur moyenne oscille entre 10 et 20 μ, soit environ le huitième du diamètre transversal de la villosité. Il est souvent parcouru par un capillaire volumineux qui semble occuper toute sa largeur. En certains points, ce capillaire est largement dilaté, déformant en massue la villosité; parfois même on constate une véritable rupture qui effondre la bordure épithéliale et extravase le sang dans les espaces intervilleux.

Le **revêtement épithélial** de la villosité repose directement sur cette assise. Il forme une couche régulière de cellules cylindriques, parallèlement disposées en palissade. Cet épithélium suit toujours très exactement les contours de la tumeur et revêt sa surface d'un manteau continu qui peut pénétrer plus ou moins loin dans la profondeur au niveau des espaces intervilleux.

A la limite de la tumeur, ce revêtement épithélial n'offre aucune solution de continuité avec le revêtement de la muqueuse normale. Le passage est brusque et il est d'autant plus net qu'aux cellules claires et muqueuses succèdent les éléments à protaplasma dense et dépourvu de mucus de l'épithélium tumoral.

C'est en général au niveau d'un cul-de-sac glandulaire particulièrement profond, que s'opère ce passage (fig. 6 et 7). Au clair revêtement mucipare fait brusquement suite l'épithélium plus haut et plus sombre de la tumeur. Le contraste est rendu particulièrement frappant dans les préparations colorées au mucicarmin.

Exception doit être faite pour les cas où la tumeur villeuse est constituée en totalité ou en partie par un épithélium mucipare. Le passage n'est alors marqué que par l'apparition brusque de villosités à la surface d'une muqueuse plane.

Quénu et Landel ont fixé d'une façon minutieuse les **caractères cellulaires** du revêtement épithélial de la tumeur villeuse. Ce dernier serait constitué par deux ordres d'éléments : la cellule mucipare, comparable à celle de la muqueuse normale, et la haute cellule de type épithéliomateux, tous les intermédiaires réunissant graduellement ces deux variétés extrêmes.

La cellule mucipare se trouverait surtout à la base du lobule, la cellule « épithéliomateuse » typique à la périphérie de ce dernier, de sorte que dans l'ensemble de la tumeur prédomineraient les formes de transition établissant le passage entre ces deux types d'éléments épithéliaux.

Nous avons fréquemment constaté cette formule histologique, mais elle n'est pas absolument caractéristique de la tumeur. Toutes les combinaisons sont possibles et à côté de faits répondant à la description classique, on peut voir des tumeurs totalement dépourvues de cellules mucipares, où au contraire, quoique plus rarement, exclusivement constituées d'éléments muqueux ; enfin

des tumeurs panachées dans lesquelles les cellules mucipares sont tantôt dispersées et isolées, tantôt groupées et formant le revêtement exclusif d'un ou plusieurs lobules.

Les types cellulaires se résument donc à trois : la cellule claire, mucipare, la cellule sombre, cellule épithéliomateuse de Quénu et Landel, et les formes de transition.

L'épithélium à cellules sombres est formé de hautes cellules allongées, étirées, strictement appliquées les unes contre les autres et légèrement élargies à leur base. Leur surface libre est plane, dépourvue de plateau et de cils. Le noyau, situé à la base ou à la partie moyenne de la cellule, est ovalaire, souvent allongé. Il est finement chromatique, les nucléoles sont à peine visibles. Les figures de division sont fréquentes, très régulières, sans hypertrophie chromatinienne. Le protoplasme présente de fines granulations acidophiles. Assez souvent il existe, insinués entre les cellules, des leucocytes en migration.

Dans l'ensemble, cet épithélium, qui est toujours disposé en *une seule assise cellulaire*, affecte l'aspect d'une palissade régulière, et l'alignement des noyaux à la base ou leur alternance assez fréquemment observée à la partie moyenne et au pôle profond de la cellule, contribuent à accentuer encore la régularité du profil de cette bordure épithéliale.

L'épithélium à cellules mucipares n'offre aucun caractère spécial. Il est identique à l'épithélium intestinal normal ; les cellules, plus larges que les précédentes, cylindriques, se présentent à tous les stades de l'activité sécrétoire et c'est ainsi que s'établissent tous les termes de transition entre les deux types cellulaires extrêmes. Le mucus occupe une fraction variable de la cellule, tantôt réduit à même sertissure qui recouvre la surface libre, tantôt très abondant, dilatant la cellule en calice et refoulant vers le pôle profond protoplasme et noyau.

Dans quelques cas la sécrétion est si abondante que la cellule est réduite à un noyau aplati ou réniforme et à une couronne de protoplasma à peine visible. Le mucus forme une nappe continue qui agglutine entre elles les villosités dont l'armature conjonctive, doublée d'une bordure nucléaire, en dessine seule le dessin.

L'existence de **glandes** et leur signification méritent de retenir l'attention ; nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce point dans le chapitre que nous consacrerons à l'histogénèse des tumeurs villeuses.

Il est des cas extrêmes où l'interprétation est facile. Dans un certain nombre de préparations histologiques la présence de glandes muqueuses est indéniable. Elles forment une couche de lumières circulaires ou ovales, accolées les unes aux autres, disposées en général sur plusieurs assises entre la *muscularis mucosae* et l'implantation des villosités. Un grand nombre d'entre elles sont tapissées exclusivement de cellules muqueuses claires et sont en tous points comparables aux glandes de Lieberkühn de la muqueuse saine voisine. D'autres, par contre, sont revêtues des hautes cellules cylindriques et hypercolorées, caractéristiques de l'épithélium villeux. La prolifération adénomateuse n'est pas contestable dans ces cas, d'autant plus que dans certaines préparations on peut voir de larges zones exclusivement glandulaires, dépourvues de toute végétation villeuse superficielle et figurant exactement l'image d'un adénome (obs. 23).

A l'opposé de ces faits, il existe des tumeurs dans lesquelles les villosités s'implantent directement sur le stroma sans aucune interposition glandulaire. En certains points on remarque cependant quelques images glandulaires disséminées, situées très près de la racine des villosités. Il semble bien que ces formations isolées, tapissées d'un épithélium absolument comparable à celui des villosités, représentent des espaces intervilleux, enfoncés en « puits » dans le stroma et que la coupe a intéressés obliquement. On peut en voir par place la confirmation, là où des traînées cellulaires, bien caractéristiques des coupes intéressant obliquement un épithélium, unissent ces pseudo-culs-de-sac glandulaires au fond d'un espace intervilleux.

Enfin il est des cas intermédiaires où les images glandulaires sont moins nombreuses et plus dispersées. Si les formations superficielles situées à la base des végétations villeuses peuvent bénéficier de l'interprétation précédente, cette manière de voir n'est plus admissible pour les figures plus profondes, dont bien souvent, en outre, le revêtement cellulaire purement muqueux confirme l'origine exclusivement glandulaire (fig. 8).

La plupart de nos observations correspondent au premier et

au troisième type. Une réaction adénomateuse accompagne donc fréquemment le processus villeux, mais elle ne doit pas être considérée comme un élément constitutif de l'architecture villeuse et indispensable. La tumeur villeuse peut exister indépendamment de toute prolifération glandulaire.

*
* *

B) *LA TRANSFORMATION MALIGNE DES TUMEURS VILLEUSES*

Les quinze observations de tumeurs villeuses en voie de transformation maligne que nous avons réunies, nous ont permis d'étudier, à peu près à tous ses stades évolutifs, l'extension du processus néoplasique.

Etant donné la nature même des modifications cellulaires et architecturales qui la traduisent, et son développement souvent très limité, la dégénérescence est extrêmement discrète à son tout début. Souvent, sur toute l'étendue d'un fragment biopsique, elle se limite à une fraction de bordure épithéliale ou à un cul-de-sac intervilleux ; souvent aussi on ne la découvre qu'après plusieurs prélèvements biopsiques successifs ; parfois même, l'examen de ces derniers reste constamment négatif, alors qu'une métastase ganglionnaire indéniable (obs. 22), ou que l'étude d'un fragment important prélevé ultérieurement sur la pièce opératoire, ne laissent aucun doute sur la réalité de son existence. On conçoit alors les réserves qu'il faille, dans ces conditions, apporter dans l'interprétation des renseignements fournis par la biopsie.

Les modifications nucléo-cellulaires sont les premières en date, bien avant l'apparition d'une infiltration en profondeur. Ce sont au minimum une diminution de la hauteur de la cellule dont le diamètre transversal tend parallèlement à croître. Le noyau est moins franchement ovalaire. Les éléments protoplasmiques retiennent moins les colorants de sorte que l'aspect plus clair d'une fraction de bordure épithéliale mérite d'engager à un examen minutieux.

Ce ne sont certes pas là des signes qui permettent d'affirmer à eux seuls l'évolution maligne, mais il est exceptionnel de les constater sans trouver par ailleurs, en un point ou sur un autre

fragment biopsique, une zone souvent très limitée où des altérations plus nettes rendent alors l'hypothèse de dégénérescence cancéreuse très vraisemblable.

On voit alors sur une fraction plus ou moins longue de bordure villeuse les cellules perdre franchement le caractère qu'elles présentent dans le reste de la tumeur. Leur silhouette, de cylindrique, devient franchement cylindro-cubique. *La fonction mucipare disparaît.* Le noyau occupe le centre de l'élément et non plus sa partie inférieure ; il devient volumineux, irrégulier, vacuolaire ; la membrane est plus apparente ; la substance chromatinienne est fortement colorée. Les mitoses sont plus fréquentes qu'au niveau des cellules normales ; elles sont tout à fait atypiques ou tout au moins irrégulièrement orientées. Beaucoup plus rarement le noyau est réduit à une masse chromatique en pycnose (fig. 11).

Lorsque l'évolution maligne est de date plus ancienne, la preuve en est beaucoup plus facile à faire. Mais ici encore, elle se limite à des zones, plus ou moins étendues, qui avoisinent des fractions de tumeur absolument typiques.

A côté des modifications nucléo-cellulaires que nous avons décrites plus haut, on trouve dans ces cas un bouleversement architectural et des points d'infiltration profonde. Les villosités perdent leur régularité. Leur épithélium émet des bourgeons pleins, souvent graciles et allongés dans l'espace intervilleux, et au contraire épais et globuleux lorsqu'ils sont invaginés dans l'axe conjonctif de la végétation. Par ailleurs l'assise cellulaire se stratifie en de nombreux points, épaississant dans l'ensemble le diamètre de la villosité (fig. 12).

Les signes de dégénérescence apparaissent également dans les images glandulaires du stroma et ce dernier peut être plus ou moins infiltré de bourgeons pleins, lesquels forcent par endroit la barrière de la *muscularis mucosae.*

Parmi nos quinze observations de tumeurs villeuses dégénérées, dix d'entre elles offraient à des degrés variables les lésions de dégénérescence limitées que nous venons de décrire, à savoir le bouleversement architectural et cellulaire plus ou moins circonscrit de la bordure épithéliale des villosités, l'infiltration néoplasique du stroma, l'effondrement de la *muscularis mucosae* sur une longueur en général restreinte. Nous avons été frappé

de ne rencontrer dans aucune de ces observations, l'effraction et l'infiltration de la musculeuse. Nous aurons à revenir sur ces particularités.

Chez quatre de nos malades (obs. 19, 22, 30 et 33), soit cliniquement, soit à la suite d'une intervention chirurgicale, nous avons constaté des extensions locales ou des métastases. L'infiltration néoplasique ne présente en général aucune particularité qui la distingue de celle du cancer cylindrique banal. Elle procède par bourgeons pleins qui s'étendent de proche en proche ou par des figures pseudo-aciniennes tout à fait typiques. Dans un cas cependant (obs. 27) l'infiltration néoplasique affectait un caractère particulier ; en certains points elle revêtait l'aspect de villosités intra-tumorales, axées par un stroma conjonctif, revêtues de cellules épithéliales dont la bordure était orientée vers le tissu conjonctif de la tumeur.

La figure 13 offre l'image de ces végétations particulières. Ces images, qui correspondent en somme à l'inversion architecturale d'une prolifération pseudo-glandulaire, peuvent n'être qu'une modalité du processus anarchique propre à toute néoplasie, aussi ne les considérons-nous pas comme très particulières aux tumeurs villeuses. Nous ne les avons d'ailleurs rencontrées que dans deux observations, dont l'une concerne une forme dendritique.

Nous n'insisterons pas sur l'extension de proche en proche aux viscères voisins. Dans une de nos observations l'infiltration avait gagné les fosses ischio-rectales et la région anale (obs. 19), dans une autre le rectum adhérait à la vessie. Si cette extension locale est assez fréquente au point de ménager parfois des surprises, les métastases paraissent plus rares, peut-être même plus encore qu'au cours de l'épithélioma cylindrique. Dans un cas, elles furent typiques (obs. 22) et se traduisirent par des adénopathies inguinales volumineuses dont l'image microscopique offrait l'aspect caractéristique de la métastase ganglionnaire du cancer cylindrique banal (fig. 14). Dans deux autres cas, une métastase péritonéale ou hépatique était cliniquement très vraisemblable.

Il est possible que le siège initial de la dégénérescence maligne soit une des raisons de la lenteur de l'extension maligne. Si dans quelques cas la dégénérescence semble avoir débuté dans les

glandes profondes, épargnant même parfois les villosités superficielles pendant toute la durée de l'évolution (obs. 22), il semble cependant que dans la majorité des faits, les premiers signes de malignité apparaissent dans les bordures épithéliales des villosités, souvent même à l'extrémité libre de ces dernières. La prolifération néoplasique anarchique se développe de ce fait surtout vers la lumière intestinale, suivant en cela l'orientation normale du processus villeux.

Enfin la limitation du processus néoplasique en certains points de la tumeur, soit au niveau des franges villeuses, soit dans les glandes profondes, et dans certains cas le développement de l'infiltration maligne sous forme de pseudo-acini superficiels, non recouverts de proliférations villeuses, appellent à des réserves dans l'interprétation des images histologiques fournies par la biopsie ; on risque en effet de méconnaître tantôt la dégénérescence cancéreuse, tantôt au contraire l'origine villeuse de cette dernière. Nous aurons à revenir, dans le chapitre que nous consacrons à la biopsie, sur ces faits dont on mesure toute l'importance pronostique.

*
* *

TUMEURS VILLEUSES DENDRITIQUES D'EMBLÉE MALIGNES

ARCHITECTURE GÉNÉRALE

Comme les tumeurs villeuses bénignes ces néoformations apparaissent comme très superficielles. A la loupe, sinon à l'œil nu, on voit le chevelu des villosités qui constituent à elles seules la tumeur, se détacher de la muqueuse vers la lumière intestinale. Mais alors que dans la forme bénigne les villosités s'insèrent sur un plan nettement surélevé par rapport à l'alignement de la muqueuse saine voisine — et cela vraisemblablement à cause de la prolifération adénomateuse qui fait le lit des végétations superficielles — dans ces tumeurs malignes elles se dégagent en contrebas de la muqueuse saine, comme si elles se développaient au niveau d'une dépression, ou plus exactement d'une érosion qui

aurait abrasé une partie du chorion. Cette image est particulièrement nette dans les préparations où la tumeur est encadrée par deux bordures de muqueuse saine. On voit alors, au niveau des deux zones frontières, la fracture brusque de la *muscularis mucosae*, la dépression progressive de la muqueuse, ou plus précisément du plan sur lequel s'insèrent les végétations villeuses (fig. 10).

Mais dans l'ensemble la tumeur, malgré la tendance qu'elle présente à s'enfoncer dans le chorion, donne cependant l'impression d'une néoformation superficielle, la prolifération villeuse procédant vers la lumière intestinale.

CARACTÈRES MICROSCOPIQUES

Plus encore que dans les tumeurs villeuses bénignes, les **villosités** constituent l'élément essentiel de la tumeur, mais au lieu d'offrir le dessin régulier qu'elles présentent dans les premières, elles réalisent ici un développement anarchique qui échappe à toute description systématique.

Tantôt graciles et isolées, elles s'échappent en un jet rectiligne de la muqueuse ; tantôt elles se détachent en tous sens d'un large tronc conjonctif et figurent une image arborescente. En d'autres points encore elles sont larges et épaisses, émettant de courtes branches secondaires. Enfin ces différentes formations limitent entre elles des plages irrégulières où s'inscrit le dessin absolument labyrinthique, dentelé, dendritique des villosités coupées obliquement ou transversalement.

L'**épithélium** qui tapisse ces villosités présente également la plus grande irrégularité. Au lieu de recouvrir les axes conjonctifs d'un revêtement continu, il est ondulé en plis plus ou moins larges ou serrés qui figurent alors des bourgeons pleins, tantôt en saillie hors de la villosité, tantôt invaginés dans le stroma interstitiel.

Entre les racines des villosités sur le plan conjonctif, cet épithélium forme tantôt un revêtement linéaire ou arciforme, régulier, tantôt il est soulevé en larges ondulations de plus en plus serrées qui finissent ainsi par esquisser des amorces de villosités. Ces

images que nous avons déjà signalées (obs. 2), correspondent vraisemblablement au mode de début du processus villeux.

Contrairement à ce qu'on voit dans les tumeurs bénignes, *il n'existe pas ici de réaction adénomateuse.* Les villosités s'insèrent directement sur le plan conjonctif sans aucune interposition glandulaire. Dans certaines formes de passage que nous étudions plus loin, il existe cependant des images de cet ordre ; mais il nous semble que ce soient là des acini néoplasiques, par quoi la tumeur infiltre les tissus voisins, et non pas des glandes muqueuses frappées, au même titre que les villosités, par la dégénérescence cancéreuse. En effet au niveau de ces acini nous n'avons pas trouvé une seule fois de cellules à fonction mucipare, alors que dans les formes bénignes en voie de transformation, il est fréquent de voir dans une même figure glandulaire des cellules néoplasiques et des éléments non dégénérés. D'ailleurs, dans nos observations 34 et 36, qui réalisent à nos yeux des faits typiques de tumeurs villeuses à forme dendritique, nous n'avons constaté aucune image d'infiltration.

Le passage de la muqueuse saine à la tumeur s'opère en général de la façon suivante. La muqueuse intestinale présente en un point un repli comparable à une valvule connivente, souvent rabattue vers la tumeur. Un des versants de ce repli est occupé par la muqueuse saine et ses nombreuses glandes. L'autre versant répond à la tumeur et donne insertion aux villosités, l'épithélium tumoral faisant brusquement suite au revêtement mucipare au sommet du repli connivent ou à son voisinage. Les glandes muqueuses cessent exactement à partir du point où commence l'épithélium villeux (fig. 10).

Les *éléments cellulaires*, qui constituent cet épithélium, offrent un grand polymorphisme. On peut voir en quelques points de hautes cellules cylindriques rappelant les éléments de la tumeur villeuse bénigne, mais pour la plupart ce sont des éléments irréguliers, cylindro-cubiques, à noyau volumineux, vacuolaire, en division chromatinienne atypique, bref des cellules qui présentent tous les indices de la dégénérescence épithéliomateuse. Dans aucune de nos préparations nous n'avons vu de cellules muqueuses.

Le **stroma conjonctif**, qui sert d'assise et de soutien aux

villosités, mérite de retenir l'attention sur plus d'un point. Nous serons brefs en ce qui concerne les axes conjonctifs des végétations villeuses. Ils sont en général réduits à quelques filaments, plus ou moins infiltrés de cellules plasmatiques et servent de support à un capillaire toujours volumineux.

On peut étudier au niveau de l'infrastructure conjonctive le mécanisme assez particulier par quoi s'étend le processus néoplasique. On a vu plus haut que dans les formes typiques l'infiltration maligne ne procède pas par tubes aciniens, ni même par bourgeons pleins. De même que dans le cancer glandulaire l'acinus néoplasique représente l'élément de prolifération de la tumeur, de même dans le cancer villeux ce rôle est dévolu à la villosité. Cette dernière s'accroît en effet par sa base, les espaces intervilleux pénétrant dans l'intimité du stroma conjonctif et cette croissance est surtout marquée au centre de la tumeur. Aussi voit-on à ce niveau le tissu conjonctif réduit à quelques fibrilles peu épaisses, qui, seules, séparent la prolifération villeuse de la musculeuse sous-jacente. Parfois même la racine des villosités est en contact directement avec la couche musculaire.

C'est par ce mécanisme, nous semble-t-il, que la tumeur assure son extension profonde tout en restant superficielle, puisque de leur base à leur extrémité les villosités font saillie directement dans la lumière intestinale. Parallèlement d'ailleurs, les villosités prolifèrent en surface pour réaliser la tumeur saillante que l'on constate par le toucher rectal et l'examen endoscopique.

Au niveau des parties latérales de la tumeur le processus villeux d'envahissement profond paraît moins actif. Le stroma conjonctif conserve une épaisseur d'une certaine importance, et c'est à ce niveau qu'on peut le voir creusé de larges mailles de dégénérescence d'apparence colloïde, qui semblent fréquentes au cours de ces néoplasies. Ce sont des vacuoles irrégulières qui contiennent une sécrétion homogène que le colorant teinte légèrement et dans lesquelles flottent des fibrilles conjonctives et des fragments de bordures épithéliales. Ces plages de dégénérescence peuvent gagner en profondeur la couche musculeuse, l'éroder ou la dissocier.

Dans nos observations 34 et 36, seuls sont représentés ces deux modes d'extension profonde. Mais il existe à ce point de vue des faits de transition avec le cancer glandulaire ordinaire

dont nos observations 35 et 37 offrent un exemple. A côté de la prolifération villeuse profonde et des îlots de dégénérescence colloïdes décrits plus haut, on voit en de nombreux points une infiltration banale faite de bourgeons pleins et d'acini néoplasiques.

En certains points même cette infiltration déborde en largeur, de sorte que sur un fragment biopsié à ce niveau l'origine villeuse de la néoplasie risquerait d'être méconnue. Enfin nous avons constaté dans les préparations concernant l'une de ces observations, des images de villosités intratumorales dont on a donné la description plus haut (p. 26 et fig. 13).

De nos quatre malades porteurs d'une tumeur villeuse dendritique d'emblée maligne, trois ont été opérés dans un délai oscillant entre neuf mois et un an après le début apparent de la néoplasie. Il ne nous a donc pas été donné de suivre les progrès de l'extension néoplasique. Signalons cependant que chez l'un d'eux, on constata à l'intervention un envahissement important des ganglions du méso-rectum. Chez notre quatrième malade nous avons assisté à une extension progressive de la tumeur qui infiltra peu à peu toute la région anale, sans que nous ayons noté aucun signe clinique de métastase. Dans les préparations, l'infiltration procédait par bourgeons pleins et acini néoplasiques qui s'étendaient sous la muqueuse anorectale en l'effondrant en certains points. L'absence d'un examen anatomique ne nous a pas permis de nous rendre compte du degré d'envahissement des organes voisins.

III

HISTOGÉNÈSE ET PATHOGÉNIE

Nous voudrions dans ce chapitre situer la place occupée par les tumeurs villeuses dans le cadre nosologique, préciser surtout ce qui fait d'elles des néoformations qui se distinguent, à notre avis, et de l'adénome et du cancer, malgré les faits de transition qui unissent entre elles au point de vue histologique ces trois variétés de tumeur. Avant d'exposer notre point de vue, nous rappellerons les différentes conceptions proposées par les auteurs sur cette question.

HISTORIQUE

Quénu et Landel, avec Hartmann, qui ont consacré à cette question le mémoire le plus important, considèrent les tumeurs villeuses comme une entité anatomo-clinique bien distincte, que certains caractères évolutifs ou histologiques permettent dans une certaine mesure de rapprocher à la fois de l'adénome et du cancer habituel du rectum, mais que singularisent par ailleurs une architecture très spéciale et les « particularités remarquables » de l'épithélium villeux. Il s'agit, d'après ces auteurs, « d'épithéliomes cylindriques présentant une remarquable tendance à garder, à un degré plus ou moins marqué, les caractères primitifs des éléments dont ils dérivent... Ce sont des épithéliomas cylindriques particuliers, comparables par leur superficialité, la lenteur de leur développement et l'intégrité habituelle du système lymphatique à certains cancroïdes de la face, observés principalement chez les vieillards. » En résumé ce sont pour ces auteurs des tumeurs intermédiaires aux tumeurs

Fig. 1. — Tumeur villeuse bénigne typique. Le contour est irrégulier ; la tumeur est nettement lobée et lobulée. L'aspect papillomateux de la surface est lié à l'agglutination par bouquets de fines villosités. La base d'implantation était à peine plus étroite que le corps de la tumeur.

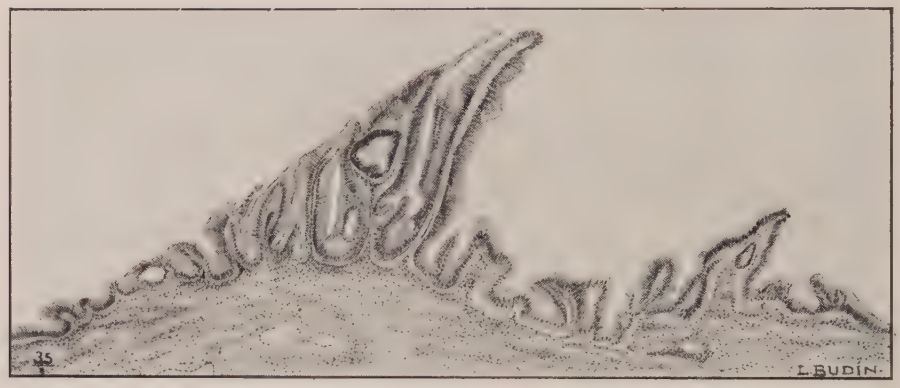

Fig. 2. — Villosités d'une tumeur bénigne. Remarquer l'absence de toute réaction adénomateuse. On a l'impression d'un plissement de l'épithélium aboutissant progressivement à la villosité définitive (Obs. 2).

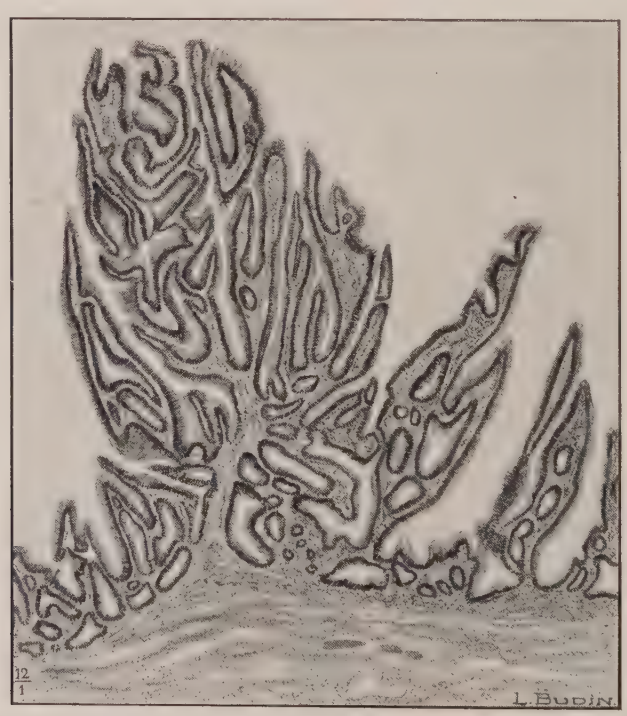

Fig. 3. — Arborescence villeuse plus âgée ; aucune réaction adénomateuse.

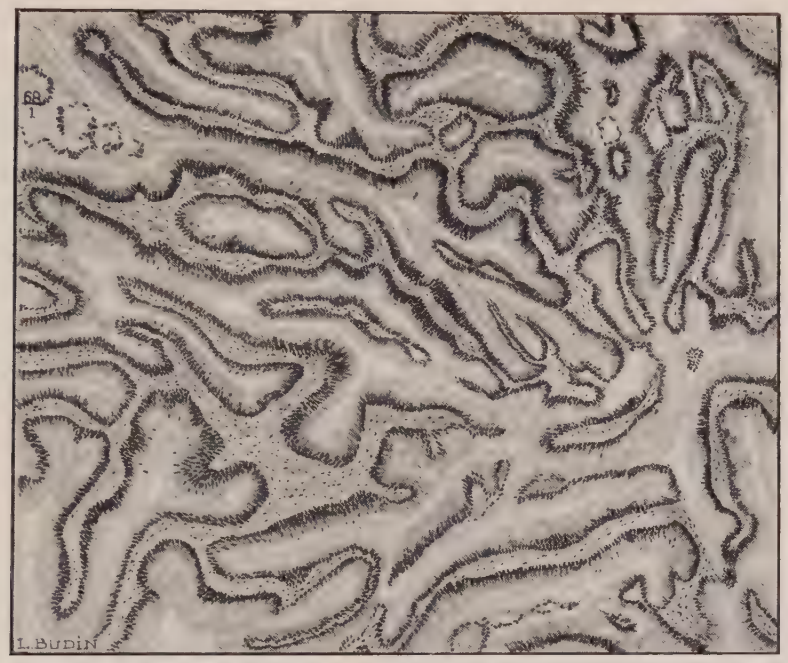

Fig. 4. — Coupe oblique d'un bouquet de villosités ; aspect labyrinthique ; prédominance des cellules muqueuses.

Fig. 5. — Aspect d'une coupe oblique vue à un grossissement plus fort. Revêtement des cellules mi-muqueuses, mi-protoplasmiques ; remarquer les nombreux capillaires des axes conjonctifs (Obs. 2).

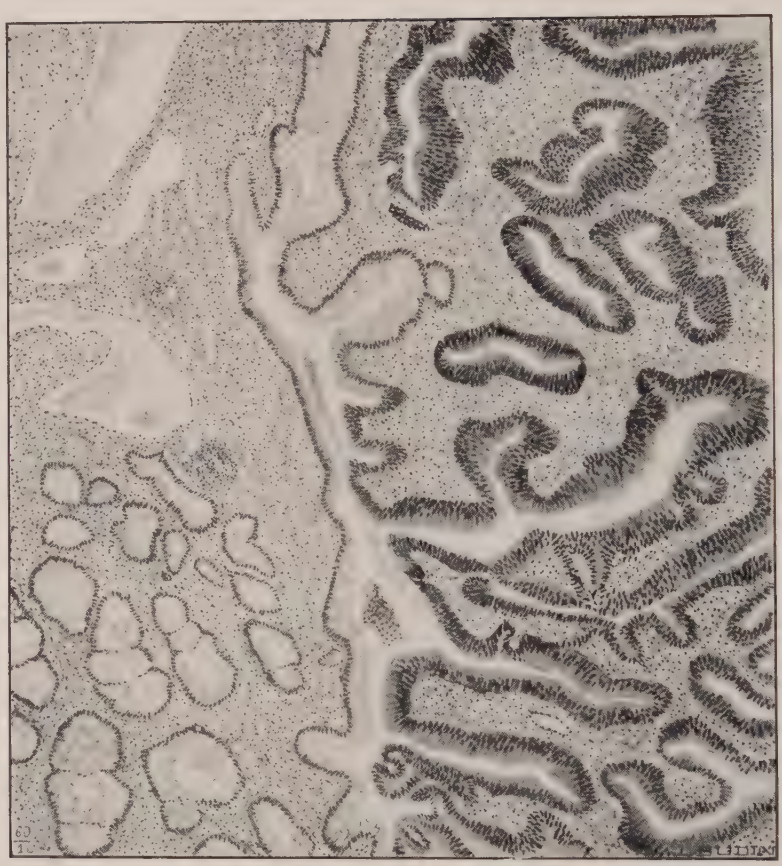

Fig. 6. — Zone de passage entre la muqueuse normale et la tumeur. La haute cellule épithéliale, fixant fortement les colorants, fait très rapidement suite à la cellule purement muqueuse. Les glandes participent également au processus (Obs. 1).

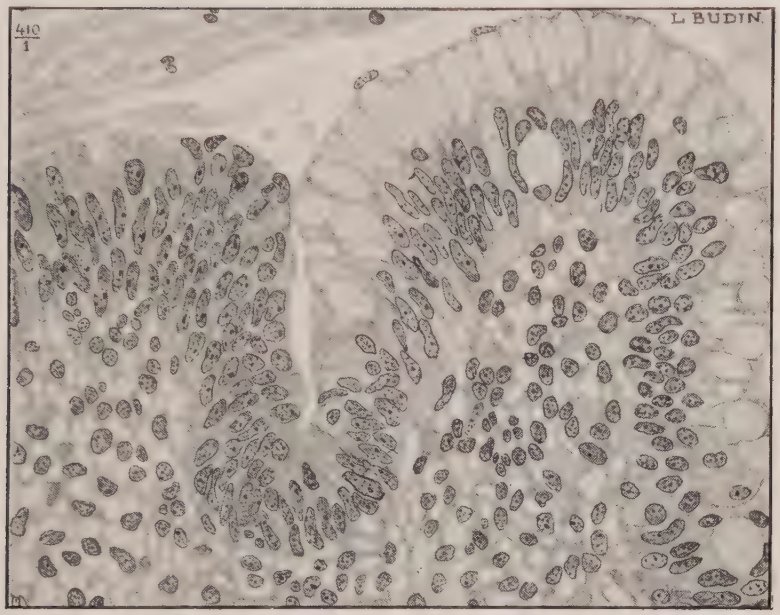

Fig. 7. — Zone de passage entre l'épithélium muqueux normal et le revêtement de hautes cellules foncées caractéristiques de la tumeur. (Grossissement $\frac{410}{1}$ — Obs. 1.)

Fig. 8. — Coupe intéressant la base d'implantation des villosités. Il est difficile de distinguer parmi les images glandulaires celles qui appartiennent à des acini vrais et celles qui relèvent d'une coupe oblique des puits intervilleux (Obs. 19).

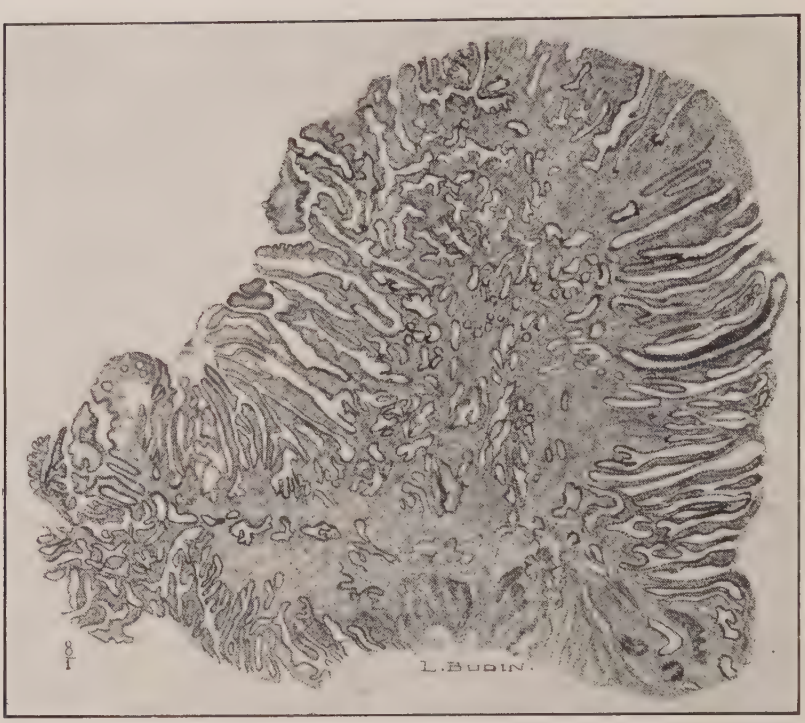

Fig. 9. — Tumeur villeuse bénigne; dégénérescence secondaire limitée à certaines bordures épithéliales; les franges villeuses périphériques ont été en partie abrasées. Remarquer surtout l'importance de réaction adénomateuse (Obs. 20).

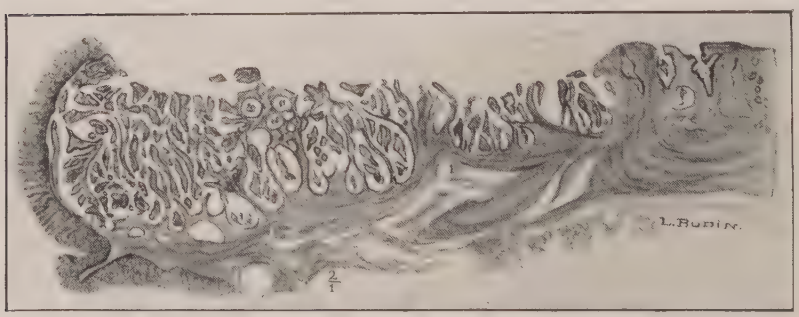

Fig. 10. — Tumeur villeuse dendritique d'emblée maligne, aspect général. Les villosités superficielles ont été abrasées au cours de l'intervention; il n'existe aucune réaction adénomateuse dans le stroma (Obs. 35).

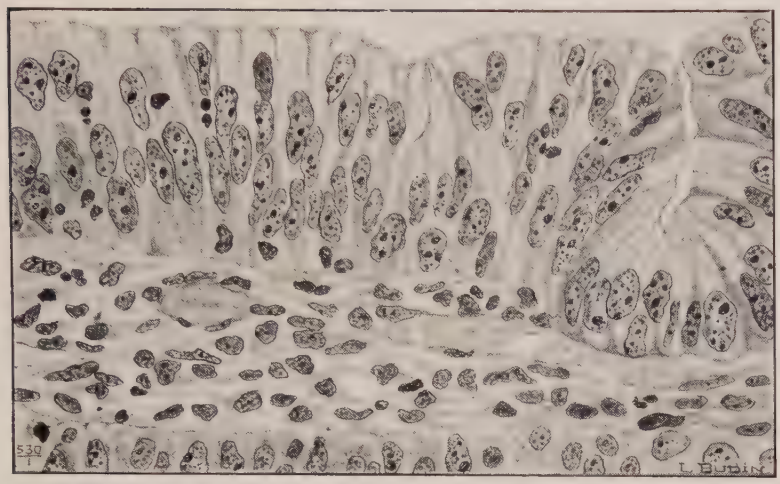

Fig. 11. — Le début de la dégénérescence secondaire au niveau d'une villosité : modification nucléo-cellulaires, plissement de l'épithélium en une invagination profonde (Obs. 23).

Fig. 12. — Évolution maligne typique.
Remarquer surtout le bourgeonnement de l'épithélium villeux (Obs. 29).

Fig. 13. — Tumeur villeuse dendritique ;
développement de villosités dans l'intimité du stroma conjonctif.

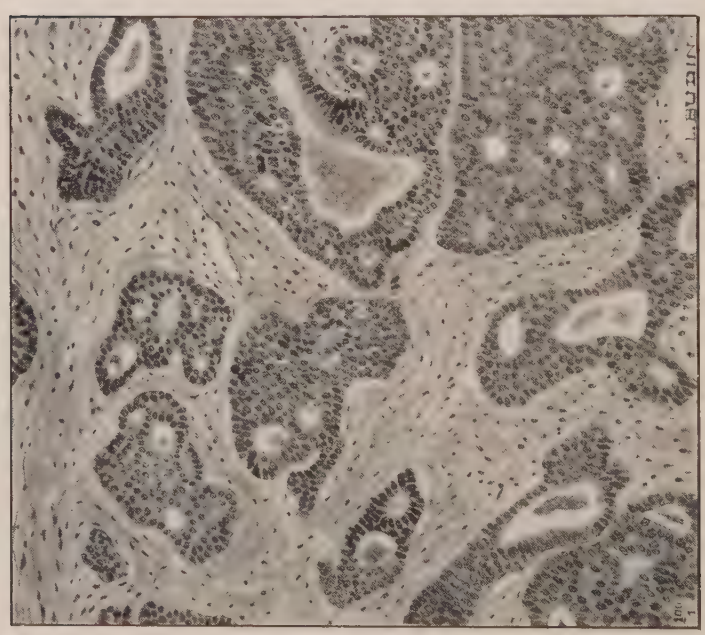

Fig. 14. — Métastase ganglionnaire au cours d'une tumeur villeuse secondairement dégénérée ; aspect d'épithélioma cylindrique glandulaire (Obs. 22).

bénignes et aux tumeurs malignes, voisines de l'adénome du fait de leur longue évolution purement superficielle et locale et de leur origine glandulaire très vraisemblable, et proches du cancer en raison des caractères histologiques de l'épithélium et de la possibilité d'une évolution franchement maligne.

Cette manière de voir a été adoptée par un grand nombre d'auteurs, notamment dans les pays anglo-saxons. Dans leur excellent *Traité des Maladies du Rectum* Goodsall et Miles, sans être aussi explicites, reconnaissent un état civil à peu près identique à la tumeur villeuse. Harrison Cripps en fait également une tumeur intermédiaire à l'adénome et au cancer, mais avec des considérations un peu différentes : histologiquement la tumeur villeuse est un adénome, mais elle se distingue de ce dernier par son plus grand volume, par un pédicule plus court et plus large, et se différencie du cancer par son développement superficiel, strictement muqueux.

A cette conception qui individualise la tumeur villeuse, s'oppose celle d'autres auteurs qui ne veulent voir dans cette dernière qu'une variété d'adénome un peu particulière du fait des excroissances villeuses qui s'insèrent sur sa surface. C'est à peu près textuellement l'opinion émise par G. Gant dans son *Traité des Maladies du Rectum*. De même H. Strauss classe les adénomes en deux groupes, les adénomes muqueux (*Schleimpolypenadenome*) et adénome villeux (*villösen Polypen*, *Zottenpolypen*). Kelsey, Fink et d'autres auteurs considèrent également les adénomes villeux comme des tumeurs bénignes, ne différant pas des adénomes ordinaires.

Enfin Rokitansky et ensuite Hauser, parmi d'autres auteurs allemands, démembrent plus complètement encore le groupe des tumeurs villeuses. Rokitansky envisage ces néoformations comme étant tantôt des tumeurs bénignes, tantôt des carcinomes à type dendritique qu'il appelle cancer villeux (*Zottenkrebs*). Hauser est plus explicite encore et décrit d'une part des cancers *superficiels* à structure villeuse, d'autre part des polypes villeux assimilables aux adénomes.

L'analyse de nos observations nous a amenés à une conception mixte, associant celles de Quénu et Landel et des auteurs allemands. Ainsi que nous l'avons exposé plus haut, nous distinguons deux variétés de tumeurs villeuses : d'une part les *tumeurs*

villeuses bénignes, qui correspondent, à quelques légères différences près, à la description clinique et histologique donnée par Quénu et Landel ; d'autre part, les *tumeurs villeuses dendritiques, d'emblée malignes* dans leur évolution, et qui s'apparentent à ce que Rokitansky et Hauser ont décrit sous le nom de cancer superficiel, dendritique ou à structure villeuse.

Il nous semble donc que la conception de Quénu et Landel n'est pas suffisamment compréhensive au point de vue histologique, puisqu'elle n'embrasse pas la totalité des tumeurs villeuses dans sa description. Par contre, Rokitansky et Hauser décrivent bien des tumeurs à caractères villeux, les unes bénignes, les autres malignes, mais ils leur refusent une individualité anatomoclinique et les considèrent comme de simples variétés d'adénomes ou de cancers. Or, à notre avis, les tumeurs villeuses bénignes et les formes dendritiques d'emblée malignes réalisent un mode de réaction histologique très particulier de l'épithélium rectal, tantôt bénin, tantôt malin, et constituent à cet égard un type anatomique et clinique qui mérite d'être individualisé à côté du processus adénomateux et de l'épithélioma à type glandulaire. Il nous reste à légitimer cette manière de voir dans les lignes qui vont suivre.

CONCEPTION HISTOLOGIQUE DE LA TUMEUR VILLEUSE BÉNIGNE

Ainsi qu'on l'a exposé plus haut, Quénu et Landel considèrent la tumeur villeuse comme un épithélioma d'un type très particulier, épithélioma végétant superficiel de la muqueuse, à évolution très lente, mais au point de vue histologique directement apparenté à l'épithélioma cylindrique habituel. A ce titre, elle réaliserait une forme de transition histologique entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. Nous nous séparons de ces auteurs sur ce point, car, à notre avis, la tumeur villeuse simple est une tumeur histologiquement bénigne.

En effet on retrouve au niveau de ces tumeurs les deux éléments

constitutifs de la muqueuse intestinale : les hautes cellules à plateau, purement protoplasmiques, les cellules mucipares à fonction exclusivement muqueuses et les éléments intermédiaires à ces deux types. Certes des différences distinguent ces éléments des cellules intestinales normales, mais elles sont minimes : hauteur un peu plus grande, affinité chromatique plus marquée. De même leur répartition n'est pas identique ; l'élément mucipare prédomine dans la muqueuse normale, les hautes cellules protoplasmiques et les formes intermédiaires sont plus abondamment représentées dans la végétation villeuse. Mais on ne retrouve aucune altération nucléo-cellulaire et à plus forte raison aucune dislocation architecturale qui puisse faire considérer ces tumeurs comme des tumeurs malignes, quelles que soient les réserves que l'on apporte sur le caractère purement superficiel et l'extension restreinte de ce processus néoplasique.

La tumeur villeuse simple apparaît donc comme une tumeur *bénigne*, et les quelques différences histologiques qui peuvent séparer son épithélium du revêtement intestinal normal dont elle est issue, sont du même ordre que celles que l'on constate au niveau de l'adénome, à qui on ne refuse cependant pas l'épithète de tumeur bénigne.

Lorsque apparaissent les altérations nucléo-cellulaires (noyaux plus anfractueux ou multiples, chromosomes plus irréguliers, stratification cellulaire) que Quénu et Landel ont considéré comme particulières à la cellule villeuse, à laquelle ils ont donné pour cette raison le nom de cellule « épithéliomateuse », elles constituent à notre avis l'indice d'une transformation néoplasique secondaire, dont la tumeur villeuse peut être l'objet ainsi que toutes les tumeurs bénignes et en particulier que l'adénome.

Cette dégénérescence maligne semble particulièrement fréquente, on le verra plus loin, mais cette fréquence ne constitue pas, à notre point de vue, un argument en faveur de la nature épithéliomateuse *primitive* de la tumeur. L'adénome du sein ne reste pas moins une tumeur histologiquement et cliniquement bénigne, malgré la fréquence avec laquelle il peut être le siège d'une dégénérescence cancéreuse. Que cette notion doive entrer en ligne de compte lorsqu'on établit un pronostic et qu'à ce titre la tumeur soit considérée et traitée comme une tumeur maligne, ce sont là des considérations cliniques qui ne peuvent

avoir de valeur dans la discussion d'un problème purement histologique.

Doit-on considérer la tumeur villeuse simple comme une variété d'adénome et à ce titre lui refuser une autonomie histologique, comme le veulent G. Gant, Strauss, Kelsey, Fink, Rokitansky et Hauser, ou faut-il lui accorder une certaine individualité tout en l'envisageant comme une tumeur d'origine vraisemblablement glandulaire, ainsi que le font Quénu et Laudel, tels sont les points que nous allons maintenant discuter.

On a vu plus haut qu'une réaction adénomateuse d'importance variable accompagne le plus souvent la prolifération villeuse. Tous les intermédiaires peuvent se voir depuis la tumeur surtout glandulaire que coiffe une chevelure de villosités, jusqu'à la végétation presque exclusivement villeuse où quelques figures glandulaires parsèment le stroma. Ces cas sont d'interprétation difficile. Mais il existe des tumeurs dont l'architecture est exclusivement villeuse à défaut de toute réaction adénomateuse (obs. 2 et fig. 2 et 3). Ce sont ces faits qui, à notre avis, constituent un premier argument contre l'hypothèse de l'origine glandulaire des proliférations villeuses. Qu'un degré variable de réaction adénomateuse soit contemporain du processus villeux, ou lui succède, le fait est indéniable, mais qu'il faille voir une filiation de cause à effet entre la première et le second, les observations que nous signalons plus haut en apportent une infirmation indiscutable.

En outre, l'étude du développement du processus villeux tend à prouver que ce dernier constitue l'élément essentiel de la tumeur. C'est en effet lui qui imprime pendant toute la durée de son évolution, un caractère particulier à la maladie. En effet on verra plus loin que, même dans les cas où la prolifération glandulaire est pour le moins aussi importante que la réaction villeuse, cette dernière domine cependant l'évolution, qu'il s'agisse des caractères cliniques de la tumeur ou des aspects histologiques des récidives, que ces dernières soient bénignes ou malignes.

Enfin le processus même qui préside à la formation des villosités, malgré certaines apparences superficielles, semble indépendant de toute participation glandulaire. En effet, l'examen de nombreuses coupes histologiques qui montrent la villosité à ses différents stades de développement, amène à cette conclusion

que cette dernière ne peut être la conséquence que de deux processus :

a) Ou bien du plissement de l'épithélium intestinal *de surface* par multiplication cellulaire, sans tendance à la stratification ;

b) Ou bien d'une prolifération glandulaire *assez spéciale*, aboutissant au développement démesuré des éperons interglandulaires qui prendraient ainsi figure de villosités.

Voyons ce qui en est de la vraisemblance de ces deux hypothèses.

La réalité de la première est rendue vraisemblable en présence de certaines images de plissements épithéliaux superficiels, que nous avons déjà signalés, et qui vont de la simple ondulation jusqu'à la villosité la plus typique. Une de nos observations (obs. 2) paraît devoir reconnaître ce mécanisme à l'exclusion de tout autre. La figure 2 reproduit les ondulations épithéliales superficielles qui, par amplitudes croissantes, aboutissent à la villosité, sans qu'il existe par ailleurs de formations glandulaires sous-jacentes à qui on pourrait attribuer un rôle dans la genèse de la prolifération villeuse.

Dans les autres cas le problème est plus complexe. S'il est des images histologiques où l'association de figures de plissement superficiel avec une importante prolifération glandulaire amèneraient à penser que les deux processus vont de pair, il est des cas où l'extrême importance, sinon la prédominance de la réaction adénomateuse, inclineraient à cette conclusion que le processus villeux est une conséquence, toute secondaire, de la prolifération glandulaire. Dans bien des préparations en effet, le cul-de-sac glandulaire s'intègre à la villosité. Sur les parties périphériques de la tumeur surtout, on voit souvent les deux versants d'un espace intervilleux, tapissés l'un et l'autre des hautes cellules épithéliales caractéristiques, présenter brusquement un revêtement de cellules claires exclusivement mucipares au niveau du cul-de-sac intervilleux. Tout se passe donc comme si la glande s'était mise en continuité avec le processus villeux, les culs-de-sac glandulaires faisant ainsi office de culs-de-sac intervilleux, ou encore les éperons interglandulaires constituant la base de la villosité.

L'importance de la réaction adénomateuse d'une part, et, d'autre part, les relations étroites qui semblent l'unir à la prolifération villeuse superficielle, conduiraient dans ces conditions

facilement à la conclusion que celle-ci est la conséquence de celle-là.

La question reste pendante. Cependant on voit mal comment une formation histologique formée de cellules mucipares, telle que la glande de Lieberkühn, engendrerait, dans la majorité des cas, une prolifération dont les éléments épithéliaux seraient si différents de ceux dont elle-même est constituée.

En réalité, la solution du problème ne doit pas, à notre avis, être cherchée dans cette voie. Ce qui oppose à nos yeux le processus villeux et le processus adénomateux et en fait deux phénomènes tout à fait distincts, c'est, avant tout, la différence même de leur *orientation dynamique*. Hoche et Appfel ont déjà insisté sur ce point en montrant que la caractéristique du premier est d'échafauder « des sortes de villosités sous forme de prolongements poussant *en hauteur au-dessus du niveau des épithéliums de revêtement de l'intestin* », alors que le second, au contraire, produit « des tubes glandulaires aux dépens de la partie profonde des glandes de Lieberkühn, *tubes qui se développent en profondeur dans l'intérieur du conjonctif* ».

Nous admettons donc volontiers que la tumeur villeuse dépend d'une multiplication sans stratification des éléments cellulaires tapissant soit la partie toute superficielle des glandes muqueuses, soit plutôt la surface des éperons interglandulaires. Par plissements successifs la chevelure villeuse est réalisée intégrant dans sa masse les glandes superficielles. Dans un certain nombre des cas, ces dernières perdent toute individualité, se tapissent des hautes cellules épithéliales caractéristiques de la villosité et deviennent des culs-de-sac intervilleux dont l'origine glandulaire n'est plus histologiquement appréciable. Cependant en général ces culs-de-sac conservent un caractère mucipare à la périphérie de la tumeur. Voilà ce à quoi se réduit à nos yeux la participation des glandes muqueuses dans la genèse des villosités.

Cependant une réaction adénomateuse profonde plus ou moins importante peut s'ajouter au processus villeux, mais à titre secondaire et contingent, car, répétons-le, *la tumeur villeuse existe en dehors de toute prolifération à type adénomateux*. On peut même se demander si cette dernière — qui bien souvent présente un épithélium comparable à celui de la tumeur villeuse et cela surtout au centre de la tumeur, c'est-à-dire là où

évolution est de date plus ancienne — n'est pas l'effet d'une réaction de voisinage de la glande au contact du processus villeux.

Les dénominations d' « adénome villeux » (Mummery), d' « adéno-papillome » (Kelsey, Schoeber) ont donc l'inconvénient d'accorder au processus glandulaire une importance qu'il n'a pas. De même, si le terme de « tumeur composée » (Bensaude et Cain) illustre d'une façon parfaite la coexistence fréquente des deux réactions histologiques, il semble par ailleurs présupposer indispensable leur association dans la formation de la tumeur, ce qui ne semble pas être.

La raison même qui préside à la prolifération villeuse nous échappe totalement. Le rôle de l'inflammation a été invoqué ; on s'est demandé si elle n'agirait pas directement sur l'épithélium pour réaliser de petites productions papilliformes qui s'étendraient par la suite. A vrai dire, on ne trouve dans la structure histologique de la tumeur aucun argument en faveur de cette hypothèse.

Appfel propose une théorie vasculaire et inflammatoire, élégante mais purement hypothétique. Ayant remarqué que certains capillaires se terminaient en pointe vasculaire à l'extrémité de la papille, alors que celle-ci à ce niveau est encore dépourvue de son épithélium, il en conclut que, le tissu vasculaire croissant plus vite que l'épithélium lui-même (et cela pour une cause indéterminée), ce dernier serait obligé d'abandonner sa fonction sécrétrice pour se multiplier et se spécialiser ainsi dans la seule fonction karyokinétique. Ainsi serait expliquée la prédominance au niveau de la tumeur des hautes cellules cylindriques, en mitose fréquente.

CONCEPTION HISTOLOGIQUE DE LA TUMEUR VILLEUSE DENDRITIQUE D'EMBLÉE MALIGNE

Nous avons à légitimer ce groupe de tumeurs que nous sommes seuls à classer dans le cadre des tumeurs villeuses. Pour la plupart des auteurs il s'agit là de cancers ordinaires du rectum, pour d'autres (Rokitansky, Hauser) d'une variété un peu particulière de tumeurs malignes. Enfin on pourrait les considérer comme

des tumeurs villeuses secondairement et *totalement* dégénérées et rien ne justifierait alors leur individualisation.

La tumeur villeuse dendritique n'est-elle qu'un cancer cylindrique du rectum ou tout au plus qu'une variété un peu particulière de ce dernier ? Si on se reporte à la description histologique donnée plus haut, on verra que rien n'empêche en effet de considérer cette tumeur villeuse comme un cancer cylindrique. On retrouve, pour fonder ce diagnostic histologique, l'élément fondamental de cette néoplasie, à savoir la haute cellule cylindrique, rappelant la cellule intestinale dont elle est issue. Mais si on se souvient que sous le nom de cancer cylindrique on décrit des néoplasies dont les éléments s'ordonnent pour réaliser soit des tubes creux, pseudo-glandulaires (forme typique), soit des bourgeons pleins (forme atypique), force en est d'arrêter là l'analogie et de caractériser également cette variété de cancer par l'ordonnance de son architecture. Ainsi arrive-t-on au type de cancer villeux décrit par Rokitansky.

Faut-il limiter les dissemblances au simple aspect histologique, et dans ce cas ajouter cette troisième variété aux deux autres formes anatomiques en les comprenant toutes dans la même description clinique, ainsi que le fait Rokitansky ? Nous ne le croyons pas, car la réaction villeuse confère à cette néoplasie, comme à la tumeur villeuse bénigne, des caractères bien particuliers. Elle imprime à cette tumeur maligne un développement surtout superficiel, orienté vers la lumière intestinale, et respectant ainsi les couches profondes durant longtemps. N'est-ce pas une allure bien spéciale pour un cancer ? Et c'est pourquoi, afin de bien marquer l'importance que joue l'architecture villeuse dans l'histoire de cette néoplasie, nous avons préféré substituer au terme de cancer, qu'elle mérite à certains égards, la dénomination de *tumeur* villeuse dendritique, d'emblée maligne, et la grouper dans un même cadre avec une néoformation d'origine peut-être tout à fait différente, la tumeur villeuse des classiques, mais avec laquelle elle est seule, parmi toutes les autres néoformations recto-sigmoïdiennes, à partager cette structure et cette évolution superficielle si spéciales.

Est-ce à dire qu'il n'y ait aucun rapport entre cette tumeur villeuse dendritique et les autres variétés de cancer ? Les faits

sont là pour prouver que rien n'est tranché et que, de même que toutes les transitions histologiques existent entre la tumeur villeuse bénigne et l'adénome, des intermédiaires relient insensiblement le cancer cylindrique typique ou atypique, à la tumeur dendritique. En effet, à côté de néoplasies où la prolifération villeuse résume à elle seule le processus malin, il existe des cas où elle est associée à une infiltration profonde d'images pseudo-glandulaires ou de bourgeons pleins. Mais dans ces cas même, il semble que l'existence du processus villeux, bien que non isolé, ait suffi pour imprimer à l'affection une allure particulière.

Enfin cette tumeur dendritique ne serait-elle pas une tumeur villeuse bénigne secondairement et *totalement* dégénérée ?

La comparaison de la structure histologique de ces deux variétés de néoformations permet de conclure par la négative. On a vu plus haut que dans la majorité des cas — elle n'est absente que dans une de nos observations — une réaction adénomateuse d'importance variable est associée à la prolifération villeuse bénigne. Sur nos quatre observations de tumeurs dendritiques, deux se trouvent totalement dépourvues de glandes muqueuses et même d'images pseudo-glandulaires, telles qu'on en voit dans l'épithélioma cylindrique typique. Dans les deux autres cas il existe une infiltration de bourgeons pleins et de tubes pseudo-aciniens. Si par ailleurs on se reporte à la description histologique des tumeurs villeuses secondairement transformées, on voit que, dans tous les cas où les prélèvements ont été suffisamment profonds, il existe à côté d'acini nettement néoplasiques, des images glandulaires tout à fait normales. En outre, l'extension par tubes pseudo-glandulaires est constante dans ces formes, soit qu'il s'agisse là du mode même de prolifération de la néoplasie, soit d'une transformation maligne secondaire de la réaction adénomateuse primitivement bénigne. Cette absence de toute réaction adénomateuse ou pseudo-glandulaire constitue à notre avis, un argument capital pour écarter toute relation entre la tumeur villeuse secondairement dégénérée et la forme dendritique.

Par ailleurs l'architecture même des villosités est différente dans les deux cas. Jamais on ne voit dans les tumeurs villeuses

transformées, même dans les zones les plus profondément dégénérées, le déchiqueté, la dentelure, les ramifications extrêmes que présentent les villosités dans la tumeur dendritique. La différence de ces aspects est telle, qu'elle suffit à elle seule et à première vue, à faible grossissement, pour établir le partage.

*
* *

On voit à la lecture des lignes précédentes que la réaction villeuse, qu'elle soit bénigne ou maligne, et ce, primitivement ou de façon secondaire, constitue un processus histologique très particulier de la muqueuse intestinale. Elle n'est superposable ni à la réaction adénomateuse, ni à la prolifération maligne du cancer cylindrique banal. Elle semble donc réaliser un type histologique autonome qui mérite une place spéciale à côté de la réaction adénomateuse. Il existe d'ailleurs une certaine similitude entre les différents aspects histologiques de ces deux processus. En effet, adénome et tumeur villeuse bénigne, polypose rectale et villosités diffuses, épithélioma glandulaire et tumeur villeuse dendritique d'emblée maligne, établissent une correspondance exacte entre la série glandulaire et la série villeuse. On pourrait donc se demander si le processus villeux n'est pas à l'épithélium de surface ce que la prolifération glandulaire, bénigne ou maligne, est au cul-de-sac glandulaire.

On ne peut manquer surtout de rapprocher les tumeurs villeuses du rectum des papillomes ou polypes villeux de la vessie. Ici la similitude histologique et évolutive est plus frappante encore : même structure histologique composée de fines villosités épithéliales, même aspect macroscopique de tumeurs pédiculées ou sessiles, même évolution longtemps latente ou monosymptomatique, même transformation possible vers la dégénérescence maligne, mais par une infiltration limitée, larvée de la paroi viscérale, seulement décelable au microscope. Enfin dans les deux cas l'intense prolifération des végétations surtout après une thérapeutique insuffisante amène à penser que, à côté des récidives liées à la multiplication dans la cicatrice d'éléments cellulaires non détruits, il faut faire une place à un développement du processus en des points jusque-là indemnes de la muqueuse,

soit qu'il s'agisse de véritables greffes secondaires, soit qu'il faille incriminer une prédisposition spéciale de la muqueuse, prédisposition liée à une altération cellulaire d'origine inconnue, peut-être congénitale.

Dans nos développements ultérieurs, nous aurons à revenir sur les nombreux points communs qui unissent encore ces deux affections.

IV

EVOLUTION ET PRONOSTIC DES FORMES ANATOMO-CLINIQUES

TUMEURS VILLEUSES BÉNIGNES

Avant d'étudier l'évolution de ces formes, on rappellera brièvement ce qui semble leur appartenir en propre dans le tableau clinique général que nous avons détaillé au début de ce travail.

Plus que les deux autres variétés, la tumeur villeuse simple, non dégénérée, est une affection latente qui reste méconnue durant de longues années ou ne se traduit que par un syndrome rectal très atténué et de ce fait souvent négligé.

L'élément le plus caractéristique de ce syndrome est constitué par l'écoulement muco-glaireux dont la fréquence est beaucoup plus considérable dans cette variété de tumeur que dans les deux autres formes. Cet écoulement peut être tout à fait typique et suggérer immédiatement le diagnostic ou au contraire se masquer derrière une *pseudo-diarrhée* dont il importe de reconnaître la véritable nature.

A cet écoulement s'ajoutent parfois des hémorragies. Celles-ci ne sont pas constantes, mais existent assez souvent sous forme de pertes discrètes d'un sang rouge. Les grosses hémorragies sont plus rares et lorsque l'anémie survient, elle est plutôt le fait de petites hémorragies répétées.

Le symptôme *douleur* est réduit au minimum. Il s'agit soit d'une sensation de pesanteur rectale, soit d'épreintes et de faux-besoins, surtout fréquents dans les tumeurs bas situées.

Ces tumeurs peuvent se pédiculiser (surtout les tumeurs de

la face antérieure du rectum) et faire hernie à travers l'anus. Cet accident qui témoigne de leur parfaite mobilité, est assez fréquent et en général bénin. Nous ne connaissons qu'un seul cas d'étranglement (obs. 4).

Enfin l'*état général* reste le plus souvent indemne durant des années. Seule la répétition des hémorragies ou la fréquence des faux besoins peuvent dans quelques cas réaliser un certain degré d'anémie ou d'amaigrissement.

L'examen rectoscopique et le toucher décèlent des tumeurs de forme variables ; les unes sont pédiculées, ou tout au moins à base d'implantation plus étroite, et leur volume moyen est celui d'un abricot ; les autres sont en plaques, sessiles, à contours plus ou moins bien limités ; plus rarement l'examen révèle une explosion diffuse de villosités sur toute la surface de l'ampoule rectale.

Ces tumeurs sont parfaitement mobiles sur les plans profonds. Leur consistance est molle, leur contact moelleux, velvétique. Une gaine de mucus les enrobe le plus souvent, aussi leur surface villeuse si particulière n'apparaît-elle alors qu'après irrigation. Il faut cependant savoir que le chevelu des villosités peut, dans certains cas, ne pas être très apparent. La tumeur pourrait en imposer pour un adénome banal — lorsqu'elle est pédiculée — si on n'avait recours à l'examen histologique pour en déterminer la véritable nature.

La durée de l'*évolution* est difficile à préciser. Il semble bien qu'elle doive se compter par années, sinon par dizaines d'années. Dans une de nos observations (obs. 11), la tumeur fut constatée pour la première fois dans l'enfance et ne se traduisit durant trente ans que par de petites hémorragies discontinues.

En dehors des cas assez rares où l'abondance des écoulements et des hémorragies, ou la fréquence des faux besoins, provoquent de l'anémie ou de l'amaigrissement, elle ne retentit en aucune façon sur l'état général. C'est donc une tumeur avec laquelle les malades s'accommodent souvent très bien durant de longues années.

Cependant la fréquence de la *transformation maligne* assombrit le pronostic de cette affection en apparence si bénigne et doit peser dans toutes les décisions thérapeutiques.

Cette dégénérescence cancéreuse semble, d'après nos obser-

vations, beaucoup plus fréquente que ne le signale la majorité des auteurs. A vrai dire, Quénu et Hartmann, sans fournir de chiffres, estiment que la parenté qui unit les tumeurs villeuses au cancer « obligent à une grande réserve quand il s'agit de porter un pronostic » et de la lecture des cinq observations qu'ils apportent avec Landel, il résulte que trois d'entre elles peuvent être considérées comme des tumeurs villeuses dégénérées. Par contre, l'ensemble des autres auteurs ne signalent que des faits isolés de dégénérescence et considèrent cette éventualité comme rare. Rotter, cité d'après Strauss, en rapporte seulement 3 cas sur 43 observations, et Goodsall et Miles 2 cas sur 12.

Sur nos 31 observations, nous relevons 18 cas de tumeurs bénignes et 15 cas de formes dégénérées. Dans l'ensemble, l'évolution cancéreuse serait donc survenue dans 45 % des cas environ, et on peut se demander si le taux ne serait pas beaucoup plus élevé, si on avait abandonné les formes bénignes à leur évolution spontanée.

Il ne faut compter sur aucun signe clinique pour signaler le début de la dégénérescence. On en a vu plus haut la raison, les altérations cellulaires et les effractions profondes restant longtemps très circonscrites au point d'échapper souvent au contrôle biopsique. Nous aurons l'occasion de revenir sur l'importance de ce point particulier.

Lorsque la transformation est de date plus ancienne, certaines modifications de la tumeur peuvent attirer l'attention. Il ne faut pas tabler sur des signes caractéristiques de compression ou d'envahissement, — douleur, dysurie, sub-obstruction, — car longtemps encore la dégénérescence reste localisée à la tumeur elle-même. Cette dernière surtout perd quelques-unes de ses particularités : à l'examen endoscopique, sa surface présente un aspect villeux moins net ; le contact de l'appareil provoque des hémorragies plus faciles, et, sans s'opposer cependant à sa progression, la tumeur s'efface moins aisément devant le rectoscope. La sécrétion muqueuse par ailleurs est moins abondante ou moins typique, plus séro-hémorragique que muqueuse. Enfin, au lieu de percevoir une mollesse uniforme et fuyante, le doigt prend contact avec une masse plus élastique, dont surtout certaines zones sont plus fermes et moins dépressibles.

Ce ne sont là souvent que des nuances qui ne permettent

aucune affirmation, mais qui doivent engager à une biopsie que l'on aura soin de pratiquer en un des points suspects.

A un stade ultérieur, l'évolution cancéreuse s'affirme. Nous n'insisterons pas sur les troubles de compression qui viennent témoigner de la propagation et de l'extension. Ce sont ceux de tout cancer ampullaire. Cependant deux particularités ont attiré notre attention. Dans la majorité des cas, où pour différentes raisons l'ablation chirurgicale n'avait pas été pratiquée, ces signes de compression et d'extension n'apparaissent que tardivement, peu de mois, sinon quelques semaines avant la mort. Par contre dans un cas, nous avons été très étonné de trouver à l'intervention une extension lymphatique et de voisinage interdisant tout acte opératoire et que ne laissait aucunement supposer une tumeur ampullaire de volume moyen et encore très mobile. C'est dire que le *pronostic* des formes dégénérées est différent de celui des autres tumeurs malignes, étant données la limitation des lésions et la rareté des propagations ganglionnaires. Certes il est des cas où l'extension s'est révélée au contraire relativement rapide (obs. 19, 22, 30), s'étendant dans le petit bassin ou se généralisant en un à trois ans. Mais dans l'ensemble, la néoplasie paraît devoir rester longtemps une maladie locale, permettant encore tardivement un recours chirurgical. Plusieurs de nos malades qui se sont opposés à toute intervention radicale, en ont offert des exemples typiques :

M^me^ J... (obs. 23) présente depuis 1920 une tumeur villeuse dégénérée, qui a récidivé ultérieurement à la suite d'une exérèse incomplète ; actuellement on ne constate aucun signe local, aucun trouble fonctionnel ou général alarmants. — R... (obs. 28) signale les premiers troubles rectaux en 1919 et meurt 7 ans après en 1926, sans qu'on ait pratiqué d'anus iliaque et après avoir éliminé plus d'une centaine de fragments tumoraux. — Enfin S... (obs. 24) et G... (obs. 27) sont porteurs depuis 1921 et 1922 au moins, d'une tumeur villeuse dégénérée dont nous suivons l'évolution depuis plusieurs années sans constater une extension profonde, ni aucune altération dans leur état général. Seul S... présente depuis peu un noyau métastatique rectal en regard de la lésion initiale.

Il n'est vraiment pas habituel de rencontrer au cours de l'épithélioma cylindrique du rectum, une fixité aussi remarquable des lésions durant des laps de temps oscillant entre 6 et 8 ans,

surtout lorsque l'intestin n'est pas mis au repos par un anus iliaque. Avec les réserves que nous avons émises plus haut, ce sont là des considérations qui doivent entrer en ligne lors de la discussion du pronostic et du mode opératoire.

Par contre il importe d'insister sur le pronostic des tumeurs bénignes dont la discussion se pose de façon un peu particulière. En effet, l'incertitude où nous laisse des examens biopsiques, même répétés, d'avoir méconnu une dégénérescence encore limitée, et par ailleurs la notion que nous avons de l'extrême fréquence de cette transformation cancéreuse, obligent à une certaine réserve pronostique et surtout imposent une thérapeutique aussi immédiate que possible. En effet, plus encore que l'adénome du sein, la tumeur villeuse du rectum, tout en offrant les caractères histologiques et cliniques d'une tumeur bénigne, porte en soi les éléments d'une transformation cancéreuse future, aussi pourrait-on dire, d'une façon un peu paradoxale, qu'elle n'offre les garanties pronostiques d'une tumeur bénigne qu'une fois extirpée. En outre, c'est seulement alors que par des coupes histologiques larges et répétées en différents points de la tumeur, on pourra affirmer d'une façon absolue sa bénignité, et n'avoir plus la crainte d'une récidive *maligne* ou d'une métastase inopinée, complications éventuelles dont doit toujours tenir compte le pronostic post-opératoire d'une tumeur maligne, si limitée et si mobile soit-elle.

Une fois écarté le danger d'une transformation maligne, la question se pose d'une récidive bénigne, présentant les mêmes caractères histologiques que la tumeur initiale. La fréquence de ces récidives est trop intimement liée à la technique opératoire même, pour que nous séparions cette discussion de l'exposé des traitements. On l'abordera donc ultérieurement.

TUMEURS VILLEUSES DENDRITIQUES D'EMBLÉE MALIGNES

Ces tumeurs paraissent beaucoup moins fréquentes que les précédentes. Sur un total général de 37 observations, nous n'en relevons que 4, soit environ 10 % des cas. Rien dans leur étiologie ne les distingue des formes bénignes ; elles surviennent au même âge, comme le montre le tableau suivant :

	Tumeurs villeuses bénignes	Tumeurs villeuses secondairement dégénérées	Tumeurs villeuses d'emblée maligne
Au-dessus de 40 ans.	0	1 (38 ans)	0
De 40 à 49 ans.....	5	4	0
De 50 à 59 ans.....	3	3	2
De 60 à 69 ans.....	7	4	0
De 70 à 79 ans.....	3	2	1
A 80 ans et au-dessus	0	1 (80 ans)	1 (87 ans)
Total	18	15	4

La *symptomatologie* de ces tumeurs paraît devoir être assez variable si on en juge d'après nos observations. Dans deux cas en effet, l'existence d'écoulements muco-glaireux ou d'un syndrome pseudo-diarrhéique, d'hémorragies discrètes, de faux besoins sans douleurs véritables, évoquait l'idée d'une tumeur villeuse bénigne. Cependant la tumeur, par ailleurs mobile, de consistance molle dans l'ensemble et d'aspect finement végétant, présentait des zones plus fermes, moins élastiques, une certaine tendance à l'hémorragie, qui faisaient penser à la possibilité d'une dégénérescence cancéreuse.

C'était par contre au diagnostic d'épithélioma cylindrique banal que l'on était conduit dans les deux autres observations. Dans l'une, la tumeur prolabée et fixée hors de l'anus avait perdu son aspect villeux et offrait le caractère bourgeonnant et sanieux du cancer. Dans l'autre cas, les phénomènes douloureux, la consistance de la tumeur, l'altération de l'état général, avaient fait porter d'emblée un diagnostic analogue.

Ainsi, dans ces différentes observations, seul l'examen micro-

scopique nous a permis de poser un diagnostic exact de nature, et nous reviendrons sur ce fait qu'il faut souvent aller au devan du diagnostic de tumeur villeuse dendritique, particulièrement en présence d'un cancer, et en demander confirmation à l'histologie.

L'*évolution* de ces tumeurs paraît beaucoup plus courte que celle des formes bénignes. Le début apparent des troubles ne remonte en général qu'à un an, alors que dans les tumeurs précédentes, un syndrome rectal plus ou moins atténué est signalé souvent depuis de nombreuses années. C'est là un point qui a une certaine valeur au point de vue du diagnostic différentiel de ces deux formes et qui semble en outre apporter un argument de plus en faveur de leur nature différente (voir p. 41).

Il est difficile de juger de la durée de l'évolution spontanée de ces néoplasies, trois de nos malades sur quatre ayant été opérés. Cependant, chez ces malades porteurs d'une tumeur d'un certain volume dont le début anatomique ne devait pas être très récent, l'extension néoplasique était encore très limitée : deux présentaient une tumeur circonscrite, sans participation ganglionnaire, parfaitement mobile sur les plans profonds, au point que l'une d'entre elles fut enlevée par les voies naturelles (obs. 34 et 36) ; dans le troisième cas, où il existait des adhérences sacrées et de nombreux ganglions dans le méso, l'amputation périnéale élargie du rectum parut cependant suffisante pour obtenir un curage satisfaisant. Dans trois de ces cas, il n'existait un an après l'intervention aucun indice de récidive maligne.

Il semble donc que la tumeur dendritique, comme la tumeur bénigne dégénérée, doive à sa structure villeuse de rester plus longtemps que le cancer cylindrique habituel, une maladie locale plus longtemps justiciable d'un recours chirurgical. Telle est également l'opinion qui se dégage de l'enseignement de M. Lecène.

Cependant il est peut-être nécessaire de faire, dans certains cas, des réserves sur ce que ce pronostic peut avoir de favorable. On a vu en effet plus haut (p. 40), que dans quelques formes dendritiques au processus villeux peuvent se surajouter des images d'infiltration profonde pseudo-glandulaires comparables à celles du cancer cylindrique typique. Dans certains cas même, cette infiltration peut exister sur quelques points de la prépa-

ration, indépendamment de toute prolifération villeuse superficielle. Il s'agit là vraisemblablement de formes de transition dont notre observation 37 est un exemple, et on peut se demander si l'évolution clinique rapide à laquelle on a assisté dans ce cas, n'était pas liée à l'existence de cette infiltration. Il existe peut-être là une formule histologique à établir, l'évolution de la néoplasie étant d'autant plus favorable et anatomiquement plus limitée que la structure villeuse affecte un type plus pur. Nos observations sont trop peu nombreuses pour qu'il nous soit possible d'apporter un faisceau probant de faits en confirmation de cette hypothèse.

V

DIAGNOSTIC

Il n'y a rien à dire en ce qui concerne le diagnostic des tumeurs villeuses du rectum, qui n'ait été écrit et répété à propos du cancer. Tout syndrome recto-colique apparaissant à partir de la quarantaine doit être tenu pour suspect jusqu'à ce qu'un examen systématique du colon (radio) et surtout du rectum (toucher rectal et rectoscopie), ait confirmé les soupçons ou apaisé les inquiétudes. C'est dire qu'il ne peut y avoir de diagnostic *consciencieux* dans ce domaine que s'il est appuyé sur les renseignements fournis par l'examen digital et l'étude rectoscopique.

Tout comme le cancéreux, le malade porteur d'une tumeur villeuse est trop souvent un client de villes d'eau. Les écoulements muco-glaireux, le ténesme et les épreintes sont volontiers réunis en un *syndrome entéritique* ou *dysentériforme*. Des exemples de cet ordre sont trop courants pour que nous revenions avec détail sur les obs. 13, 29, 34 et 35 qui en sont des exemples malheureux. Remarquons cependant que dans les trois derniers cas, la tumeur siégeait respectivement à 8, 10 et 7 cm. de l'anus, c'est-à-dire qu'elle était parfaitement accessible au doigt ! Dans la première observation, insérée à 14 cm., elle ne pouvait être décelée qu'à l'examen rectoscopique. Ces faits illustrent bien la valeur complémentaire de ces deux méthodes d'examen et la nécessité où l'on est de les associer.

Retenons surtout l'importance de la *pseudo-diarrhée* d'apparence entéritique ou dysentériforme pour mettre sur la voie d'une tumeur rectale ou recto-sigmoïdienne de nature villeuse possible.

Il nous semble même qu'une constatation bactériologique qui paraît affirmer la nature infectieuse d'un semblable syndrome (Shiga, amibes, kystes, etc...), ne doit pas exclure l'examen local

rectoscopique. A côté des manœuvres thérapeutiques dont ce dernier offre la possibilité, il peut révéler, sous forme d'une tumeur, l'explication d'échecs thérapeutiques antérieurs et la raison de la chronicité du syndrome.

La malade qui fait l'objet de l'observation 18 est un exemple curieux de semblables associations pathologiques. Elle avait été considérée durant de longues années comme une entéritique et traitée comme telle, sans succès définitif. Ultérieurement la constatation de kystes amibiens dans les selles sembla donner l'explication des hémorragies abondantes présentées alors par la malade. La thérapeutique spécifique ne répondit pas aux attentes, lorsque, peu de semaines après, la malade évacua spontanément un fragment polypeux. Cette élimination cessa au bout de deux ans (28 fragments), après quoi les hémorragies disparurent et avec elles toutes les autres manifestations intestinales.

Dans le cas particulier la tumeur avait été inaccessible à l'examen rectoscopique et devait siéger au-dessus de vingt-cinq cms.

Pour les mêmes raisons le diagnostic d'*hémorroïdes*, si apparentes soient-elles, ne doit être qu'un diagnostic d'exclusion (cf. obs. 20 et 28), surtout lorsqu'elles sont apparues tardivement à l'âge adulte. Nous croyons inutile d'insister sur ce fait.

De même lorsque la tumeur est prolabée à l'anus, on ne la confondra pas avec le *prolapsus rectal* enflammé et d'apparence tumorale, avec les *condylomes*, végétations grenues et aplaties qui limitent souvent une ulcération profonde, intra-anale (Ravaut).

En fait, le diagnostic ne commence à se poser que lorsque par le doigt ou par l'examen rectoscopique, on a décelé la présence d'une tumeur intra-rectale.

Les néoformations inflammatoires sont en général faciles à éliminer. La *blennorragie* ne réalise que des petites végétations disséminées sur une muqueuse très enflammée. L'*amibiase* a pour elle sa longue histoire dysentérique et localement ses ulcérations chroniques taillées en coup d'ongle. Cependant la rectite amibienne chronique peut, dans quelques cas, aboutir à une infiltration cartonnée du rectum, recouverte d'excroissances muqueuses et qui pourrait faire penser à une tumeur maligne. Mais c'est beaucoup plus là le tableau de l'épithélioma cylindrique que celui de la tumeur villeuse. De même la *tuberculose*, à côté des formes typiques avec fistules et clapiers, peut créer des masses

d'apparence néoplasique qui peuvent induire en erreur. Ici encore c'est au cancer que l'on pense.

D'après la description classique, la *polypose rectale* devrait réaliser un tableau clinique très différent de celui de la tumeur villeuse, même diffuse. L'altération rapide de l'état général, la diarrhée persistante, les hémorragies abondantes, constituent déjà un ensemble assez particulier. Par ailleurs l'examen rectoscopique décèle des lésions très spéciales, bien distinctes de la villosité : ce sont des productions gris rougeâtre ou rouge sombre, de consistance molle, recouvertes de mucus ; les unes sont sessiles et aplaties, parfois rubanées, les autres allongées et pédiculées, souvent ulcérées. Enfin l'examen histologique révélerait toujours une dégénérescence cancéreuse.

En réalité la distribution n'est pas toujours facile. Notre Maître, M. Bensaude, nous rappelait récemment l'histoire d'un malade qui présentait, associées à un écoulement muco-glaireux extrêmement abondant et typique, des petites élevures du volume d'un haricot, disséminées sur la muqueuse rectale vers 15 cm. et dont l'aspect rappelait en tout point la végétation villeuse. En fait l'histologie révéla une prolifération purement adénomateuse sans la moindre réaction villeuse.

L'*adénome solitaire*, quoique beaucoup plus rare chez l'adulte que la tumeur villeuse, engage aux mêmes réserves, surtout lorsque la sécrétion muqueuse est très abondante. En général le pédicule est plus étroit, la surface plus régulière et la tumeur beaucoup plus nettement arrondie et limitée.

En réalité le diagnostic se discute surtout avec le *cancer*, et, nous semble-t-il, dans deux conditions différentes : ou bien on se trouve en présence d'une tumeur dont les caractères écartent toute idée de néoplasme, et on demande alors à un examen biopsique d'en préciser la nature qu'un aspect chevelu ou une abondante sécrétion muqueuse ont fait parfois soupçonner cliniquement ; ou bien cette tumeur fait penser à une tumeur maligne, mais à un cancer un peu particulier (mollesse relative, mobilité conservée), et ici encore c'est l'histologie qu'on sollicite pour un éclaircissement.

La biopsie est donc, à tout point de vue, un temps indispensable du diagnostic, et, on y reviendra plus loin, du traitement. Elle

devrait d'ailleurs toujours venir à l'appui du diagnostic clinique de tout cancer habituel du rectum, si typique soit-il, car nous

FIGURE 15. — Image lacunaire typique, exceptionnellement rencontrée au cours des tumeurs villeuses rectales (obs. 9).

avons vu plusieurs fois un semblable aspect clinique masquer en réalité une tumeur villeuse dégénérée ou une forme dendritique.

On a vu plus haut d'ailleurs, que deux de nos tumeurs villeuses dendritiques avaient été cliniquement considérées comme des épithéliomas ordinaires. Et cette éventualité ne doit pas être aussi exceptionnelle qu'on pourrait se l'imaginer. En effet, d'après le relevé des tumeurs villeuses et des épithéliomas cylindriques observés dans le service de M. Bensaude durant treize mois, nous constatons, à côté de 33 cancers typiques, 5 tumeurs villeuses dont 4 dégénérées ou dendritiques. Et ce n'est pas là une distinction purement théorique et sans portée pratique, puisque on sait que ces dernières comportent en général un pronostic plus favorable et des indications opératoires particulières.

LA BIOPSIE

Il n'entre pas dans le plan de cette étude d'insister avec détails sur les indications et la technique de la biopsie. Qu'il nous suffise de rappeler qu'elle doit être réservée aux lésions qui font saillie dans la lumière intestinale, qu'on l'effectuera de préférence sur les bords de la végétation de façon à intéresser autant que possible une fraction de muqueuse saine et en outre qu'on s'abstiendra en cas de rectite aiguë. L'ablation du fragment s'opère sous le contrôle rectoscopique à l'aide de la pince coupante de Brünnings et sans anesthésie locale préalable.

La méthode enfin n'est pas dangereuse. On ne craindra ni l'essaimage, ni l'infection, ni même l'hémorragie — quoique ces tumeurs soient très vascularisées — une fois prises les précautions d'usage.

Le premier intérêt de la biopsie est de confirmer de façon absolue les données cliniques et macroscopiques concernant la nature de la tumeur. Si minime et si superficiel que soit le fragment il intéresse toujours le revêtement villeux dont l'aspect implique le diagnostic.

Plus délicate est l'interprétation de la nature même de cette tumeur villeuse. On doit en effet avoir à l'esprit que la valeur de la méthode est limitée par les caractères du fragment prélevé,

dont l'importance minime et le siège superficiel font obstacle à une étude histologique complète. Seuls peuvent donc avoir une signification absolue les renseignements *positifs*.

C'est ainsi que si le fragment offre l'image d'une dégénérescence maligne caractéristique, ou le dessin la byrinthiquedes villosités de la tumeur dendritique d'emblée maligne, la biopsie fournit là une donnée définitive. Rappelons, à ce propos, que bien souvent on ne pourra rechercher ces indices de malignité qu'au niveau du processus villeux (stratification, atypisme nucléo-cellulaire) et qu'il ne faudra pas compter sur des images d'infiltration profonde, la *muscularis mucosae* n'étant pas intéressée le plus souvent dans le prélèvement. C'est ici que la plus grande fréquence de la localisation primitive à la périphérie de la tumeur, peut présenter un certain intérêt diagnostique (*cf.* p. 26).

Par contre, si l'étude microscopique ne révèle que le dessin typique d'une tumeur villeuse bénigne, le renseignement obtenu ne présente qu'une valeur relative. On a vu plus haut en effet (p. 24), combien peuvent être discrets et limités les premiers signes de la transformation maligne. Sur des fragments importants, prélevés après exérèse, nous avons vu souvent les images de dégénérescence se localiser à un seul point très limité de la tumeur. Dans ces conditions, on conçoit que, même rendu vraisemblable par des biopsies répétées, le diagnostic histologique de tumeur villeuse bénigne demande à être confronté avec les constatations cliniques (voir à ce propos l'obs. 22) et ultérieurement à être confirmé par une étude microscopique minutieuse de coupes en série prélevées sur la pièce opératoire. C'est à une conclusion identique que Legueu en est arrivé à propos des polypes villeux de la vessie.

VI

TRAITEMENT

Des circonstances diverses nous ont amenés à utiliser trois variétés de traitement : exérèse chirurgicale, procédés électriques, radium- et radio-thérapie. Nous nous bornerons à déduire la valeur de ces méthodes respectives par l'analyse de nos observations.

RADIUM- ET RADIO-THÉRAPIE

La radium- et la radio-thérapie n'ont été utilisées, soit isolément, soit en association avec la fulguration, que dans les cas de tumeurs inopérables, ou lorsque les malades s'opposaient à toute intervention sanglante. Ce sont là en pratique les indications de ces traitements, surtout en ce qui concerne la radium-thérapie.

On a proposé de soumettre systématiquement toutes les tumeurs villeuses, bénignes, dégénérées ou malignes, à une cure préalable de radiothérapie. On obtiendrait de la sorte un abrasement des franges villeuses qui faciliterait ultérieurement l'ablation chirurgicale de la tumeur. La réalité de cette action est un fait très contestable et son utilité prête en outre à discussion. En ce qui concerne les tumeurs villeuses bénignes, il est des cas en effet où on peut assister à un « décapage » de la surface de la tumeur sous l'influence de la radiothérapie, mais l'action reste très superficielle et n'est pas constante. Par ailleurs on ne voit pas bien en quoi cette réduction toute superficielle de la tumeur faciliterait l'acte opératoire. Il semble même au contraire qu'il

ne soit pas indiqué de modifier par une cure radiothérapique la vitalité de tissus qui auront peu après à faire les frais d'une cicatrisation. Cette pratique ne nous paraît donc pas devoir résister à l'épreuve, la seule indication de la radiothérapie relevant des contre-indications des autres méthodes, à savoir, pour ce qui est des formes bénignes, le cas particulier de tumeurs villeuses diffuses parsemant toute la muqueuse recto-sigmoïdienne et échappant à toute possibilité de fulguration ou d'exérèse ; et dans ce cas même, son action demeure très aléatoire.

Les tumeurs villeuses dégénérées ou d'emblée malignes paraissent plus encore que les formes précédentes insensibles aux rayons de Rœntgœn, même lorsqu'on associe à ces derniers une fragmentation progressive de la tumeur par fulguration. Un certain nombre de nos malades, qui pour la plupart avaient refusé le bénéfice d'un traitement chirurgical encore possible, ont été soumis à cette thérapeutique, et dans l'ensemble l'action peut être considérée comme nulle. Chez l'un d'eux (obs. 22), une série d'irradiations profondes est suivie, deux mois après, d'une métastase lymphatique inguinale. Chez un autre, porteur d'une tumeur limitée du volume d'un abricot (obs. 29), huit séances de radiothérapie profonde ne précèdent que de quelques semaines une généralisation terminale. Sur une tumeur prolabée à l'anus l'action est également nulle (obs. 37). Dans un autre cas (obs. 27), les premières séries de radiothérapie semblent avoir fait fondre la tumeur en abrasant les villosités, puis des applications ultérieures deviennent inefficaces. Action nulle également dans les observations 3 et 34.

Des biopsies fréquemment répétées au cours de ces traitements, ont confirmé cette inefficacité. Parfois on constate un abrasement superficiel des villosités, une certaine réaction de sclérose interstitielle ou des plages de radio-nécrose. Mais l'infiltration profonde n'en progresse pas moins, et souvent nous avons vu, au cours du traitement, le type cellulaire tendre progressivement vers les images carcinomateuses les plus anarchiques.

ÉLECTRO-COAGULATION ET FULGURATION

La destruction de la tumeur au moyen de l'électro-coagulation, de la fulguration ou de l'anse diathermique mérite de retenir l'attention. C'est en effet un traitement qu'imposent souvent au médecin des malades pusillanimes que l'intervention sanglante effraie et que rassure la perspective d'un traitement en apparence moins offensif.

Si on en juge par la fréquence avec laquelle les tumeurs, même bénignes, récidivent après ablation chirurgicale lorsque l'exérèse n'a pas été étendue à une collerette de muqueuse saine, on conçoit que l'électro-coagulation, même complétée par un étincelage, ne puisse avoir que des indications limitées pour être efficace. Seules, en effet, ne semblent justiciables de cette méthode que les tumeurs villeuses bénignes — ou encore les formes dégénérées à condition que les lésions de malignité soient encore très circonscrites — de petit volume, bien pédiculées et que leur siège rend facilement accessible au contact destructeur. Toutes ces indications sont à vrai dire rarement réunies.

Voici les trois observations les plus favorables que nous puissions mettre à l'actif de la méthode :

Mme J... (obs. 23) est traitée par la fulguration pour de petites excroissances villeuses siégeant à 6 cm. de l'anus ; la destruction paraît complète. Un an après les troubles fonctionnels ont disparu et à l'examen rectoscopique la muqueuse rectale est lisse et ne présente aucune trace de récidive, ni de cicatrice. Mais peu à peu des troubles reparaissent (ténesme, selles glaireuses) qui permettent de supposer qu'un examen local, auquel la malade se refuse, révélerait une récidive.

Dans un autre cas (obs. 14) on constate plus de dix-huit mois après la fulguration d'une tumeur villeuse siégeant à 6-7 cm., la persistance au même niveau d'un petit bourgeon dur, corné, d'*apparence* cicatricielle.

Enfin, M. B... (obs. 22), porteur d'une tumeur insérée à 15 cm. de l'anus, est traité en février 1925 par trois séances de fulguration ; quelques mois après on ne trouve plus aucune lésion sur la muqueuse dont l'aspect est normal. Mais en mars 1926 on constate au niveau du siège de la tumeur primitive un placard saillant et infiltré, suivi six mois après d'une métastase ganglionnaire à type d'épithélioma cylindrique.

De ces trois observations on peut conclure que la fulguration permet une guérison relative, mais n'assure pas avec la même

régularité que le traitement chirurgical une suppression complète des végétations. Il est très vraisemblable que cette méthode, avec laquelle il est difficile de préciser comme avec le tranchant du bistouri l'étendue de la destruction ou de la résection, risque de n'atteindre qu'incomplètement le pédicule de la tumeur, ou de laisser échapper, à la périphérie des végétations, des fragments villeux, certes très circonscrits, mais suffisants pour engendrer une récidive.

Lorsque la tumeur présente un certain volume, sa destruction ne peut être assurée en une fois et nécessite des fractionnements successifs. Souvent alors, on constate qu'elle se reconstitue en partie entre chaque séance. Par ailleurs, nous n'avons jamais constaté qu'il fut possible, par ce moyen, de nécroser la tumeur dans sa totalité ; on obtient un abrasement des villosités, un effacement du corps même de la tumeur, mais il existe toujours à la base un placard induré, dont la consistance semble même s'accentuer au cours du traitement. Cependant le volume des végétations est réduit dans de fortes proportions, et peut-être est-ce à ce résultat qu'il faut attribuer la longue évolution de deux de nos malades qui ont été traités de la sorte depuis deux et trois ans (obs. 24 et 25).

Il est cependant remarquable de constater dans ces cas que, sous l'influence du traitement, la formule histologique de la tumeur semble se modifier. Dans l'observation 22, résumée plus haut, le placard induré reconstitué un an après la fulguration montre des figures indéniables d'évolution maligne, et la métastase lymphatique, l'image d'un épithélioma cylindrique, alors que les biopsies de la tumeur primitive offraient les figures de villosités bénignes. Le fait est aussi net dans notre observation 24 : avant l'électrothérapie, les signes de dégénérescence se limitaient à certaines fractions du revêtement épithélial et étaient encore discrets. Après plusieurs séances de fulguration les prélèvements pratiqués sur le moignon tumoral révélaient des figures carcinomateuses tout à fait anarchiques. Enfin une métastase, qui se produisit sur la paroi rectale en face de la tumeur primitive, présentait le type histologique d'un épithélioma cylindrique glandulaire sans la moindre trace de structure villeuse.

On peut donc se demander si la fulguration, en même temps qu'elle fractionne la tumeur, ne donne pas un coup de fouet à

l'évolution maligne. Cette hypothèse est rendue très vraisemblable quand on se rappelle les extensions rapides ou les métastases qui succèdent souvent aux prélèvements biopsiques — cependant beaucoup moins traumatisants — opérés sur certains sarcomes. Et cette constatation ne devrait-elle pas être étendue aux tumeurs villeuses bénignes ? La fulguration, surtout lorsqu'on est amené à en multiplier les séances, ne favoriserait-elle pas la dégénérescence maligne ? Nous ne sommes pas éloignés de le croire.

Nous n'insisterons pas ici sur l'application de la fulguration aux tumeurs haut situées ou difficilement accessibles au traitement. Dans ces cas la cautérisation aboutit à une perte de substance trop étendue ou risque d'être obtenue d'une façon aveugle, surtout lorsqu'on est obligé de pratiquer l'étincelage au travers du tube rectoscopique. On s'expose ainsi à des accidents parfois graves, ulcérations de la muqueuse saine et surtout hémorragies abondantes, dont la méthode, même correctement appliquée, ne met d'ailleurs pas à l'abri.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'exérèse chirurgicale constitue le traitement de choix ; mais à des tumeurs aussi polymorphes, tant en ce qui concerne leurs caractères macroscopiques que leur constitution histologique, un procédé opératoire univoque ne peut être opposé. Le volume de la tumeur, la hauteur de son siège, la surface de son insertion, sa nature bénigne ou maligne sont autant d'éléments qui entrent en ligne dans la discussion de la technique opératoire à adopter, facteurs auxquels s'ajoutent souvent des considérations d'âge et de résistance physiologique. Nous allons essayer de résumer, d'après les directives que nous devons au Professeur Lecène, les indications des trois procédés opératoires qui paraissent devoir être retenus : l'ablation par les voies naturelles, la résection rectale et l'amputation du rectum par voie coccy-périnéale (1).

(1) Nous n'avons ici en vue que les cas les plus fréquents de tumeurs rectales vraies, siégeant au maximum à 12-14 cm. de l'anus.

L'*ablation par les voies naturelles.* — Ce procédé constitue certainement celui auquel on peut recourir dans le plus grand nombre de cas. Sur nos 18 malades qui ont été opérés, il a pu être employé 15 fois, et sur 12 cas de tumeurs bénignes on l'utilisa 9 fois. Si on en juge également d'après d'autres statistiques, il semble bien que dans les trois quarts des observations les tumeurs villeuses, qu'elles soient bénignes ou dégénérées, présentent un siège et des caractères de mobilité qui permettent de ne pas recourir à une mutilation plus étendue du rectum.

La *tumeur villeuse bénigne, non dégénérée, à pédicule étroit et unique*, représente l'indication la plus favorable de cette intervention. Cependant, en particulier chez des vieillards ou des sujets tarés, on pourra l'appliquer à certaines variétés de *tumeur villeuse bénigne en plaque* — à condition qu'on soit fixé dès le début de l'intervention sur l'étendue des végétations — à certaines tumeurs villeuses dégénérées pour lesquelles l'examen histologique a précisé la limitation de la transformation maligne, voire même à certaines tumeurs villeuses d'emblée malignes, dont le petit volume, la mobilité, l'aspect histologique permettent de supposer une extension encore circonscrite (obs. 34).

Pour être une intervention *a minima*, cette ablation par les voies naturelles exige cependant que soient prises un certain nombre de précautions.

Il importe tout d'abord que le siège de la tumeur permette un abaissement suffisant, et comme corollaire, que la dilatation anale offre une voie d'abord satisfaisante ; la nature de l'anesthésie employée joue à ce sujet un rôle capital ; nous reviendrons ultérieurement avec plus de détails sur ce point très important.

On se rappellera en outre que ces tumeurs villeuses sont extrêmement vascularisées, et qu'il est nécessaire de porter tous ses soins à une hémostase minutieuse. Aussi est-il bon de remplacer les anciens procédés de ligature en masse par la ligature directe des vaisseaux (Lecène), surtout au niveau des larges pertes de substance des tumeurs sessiles.

Enfin, lorsque la tumeur siège en avant et qu'elle s'est invaginée un peu bas dans l'ampoule, il arrive qu'elle entraîne ainsi, en un véritable hédrocèle, le fond du cul-de-sac de Douglas. Ce dernier peut être atteint par le bistouri ; on n'oubliera donc

pas de le vérifier minutieusement et de le suturer avec soin le cas échéant.

Une fois prises ces précautions, l'opération est d'un pronostic des plus favorables et présente la même bénignité que l'ablation d'un adénome. Mais un point capital différencie la technique de ces deux interventions : alors que dans ce dernier cas la ligature et la suture du pédicule suffisent en général à assurer une guérison définitive, le même procédé est suivi en ce qui concerne les tumeurs villeuses d'une récidive presque immanquable. *Il importe en effet de réséquer la totalité du pédicule en enlevant à la base de ce dernier une couronne de muqueuse saine.* Quénu et Landel avaient insisté dès 1899 sur la nécessité de cette résection supplémentaire que beaucoup d'auteurs, semble-t-il, ont négligée depuis lors. Le tableau suivant est instructif à cet égard :

Technique opératoire	Total des cas	Guérison maintenue (entre 1 et7ans)	Récidives	Malades perdus de vue	Morts post-opératoires
Ablation large avec couronne de muqueuse.					
I (1)	12	8	2	1	1
II	6	5	(dont une après 11 ans)	0	1
Section du pédicule ou ablation incomplète de la tumeur.					
I	3	0	3	0	0
II	4	0	2	2	0

Ainsi, sur sept malades chez qui la résection fut incomplète, on observa cinq récidives qui toutes survinrent au cours de l'année qui suivit l'intervention. Deux malades ont été perdus de vue après leur sortie de l'hôpital, et leurs observations ne peuvent être interprétées.

Par contre, lorsque la résection a été étendue à une collerette de muqueuse saine, sur quinze malades suivis, deux échecs seu-

(1) En I, observations personnelles ; en II, observations diverses citées d'après Quénu et Hartmann, et Galard.

lement sont à enregistrer : dans un cas, la récidive est indéniable et survient dans un délai normal de quelques mois ; dans l'autre cas au contraire (obs. 11), on assista plus de dix ans après l'intervention à une efflorescence de villosités sur toute l'étendue de la muqueuse rectale. La durée de cette incubation autorise à penser que dans ce cas il s'agit non pas d'une récidive liée à la persistance dans la cicatrice opératoire de quelques éléments cellulaires, mais à une modalité évolutive propre à la maladie.

On peut donc conclure que dans la majorité des cas, l'ablation par les voies naturelles, correctement appliquée, permet une guérison définitive, réserve faite de cette reviviscence à longue échéance, qui en réalité semble rare (voir pp. 16 et 42).

Résection et amputation rectale par voie coccy-périnéale. — On peut dire que tous les cas non justiciables de l'ablation par les voies naturelles, ressortissent à l'une ou l'autre de ces interventions. En effet, qu'il s'agisse de tumeurs villeuses bénignes circulaires, de tumeurs villeuses dégénérées, ou de formes d'emblée malignes, on a affaire à des néoplasies limitées, à extension lymphatique nulle ou circonscrite, pour lesquelles ces deux modes opératoires offrent une voie d'abord suffisante.

Le choix de l'une ou l'autre de ces interventions dépend plus des possibilités opératoires que de la nature même de la tumeur ou de l'état du sujet. L'amputation en effet a l'avantage d'être plus simple et d'offrir de ce fait un pronostic opératoire plus bénin (mortalité de 6 à 8 % d'après Lecène), mais condamne le malade à l'incontinence ; aussi la résection rectale, toute difficulté technique mise à part, paraît être l'intervention de choix ; elle respecte le sphincter et fournit cependant un accès assez large pour permettre une résection suffisante du méso-rectum et des ganglions (obs. 1, 7, 10 et 33).

Nous ne ferons que signaler, pour terminer, *l'amputation rectale par voie abdominale ou par voie combinée abdomino-périnéale.* Elle n'est utilisée que dans les cas exceptionnels de tumeurs villeuses géantes occupant tout le petit bassin (cas de Cunéo et Mondor), de tumeurs recto-sigmoïdiennes, ou lorsque l'extension lymphatique nécessite un large curage du petit bassin.

Nous ne reviendrons pas sur le pronostic post-opératoire des tumeurs villeuses dégénérées et des formes dendritiques (voir

pp. 47 et 50). Remarquons cependant que leur extension limitée, l'infection lymphatique très tardive les rendent justiciables d'une opération plus conservatrice et par conséquent moins choquante et que de ce fait elles bénéficient d'une mortalité opératoire moyenne moins élevée que celle du cancer cylindrique.

LE CHOIX DE LA NARCOSE

La discussion des avantages respectifs de l'anesthésie générale et de la rachianesthésie, se pose, à notre avis, dans des conditions très particulières toutes les fois que la tumeur est justiciable d'une ablation par les voies naturelles. En effet, il est de toute nécessité, lorsqu'on opère dans ces conditions, d'obtenir un relâchement total du sphincter et des releveurs si l'on désire avoir une voie d'abord suffisante. Or l'anesthésie générale ne réalise qu'un relâchement très relatif, qui ne permet qu'une distension moyenne de l'orifice anal. Il en résulte qu'avec ce mode d'anesthésie les tumeurs un peu haut situées deviennent inaccessibles. Au contraire avec la rachianesthésie on peut obtenir, grâce à une atonie sphinctérienne complète, une dilatation anale maxima, qui permet ainsi d'aborder les tumeurs élevées, siégeant jusqu'à 12 et 14 cm.

C'est dire que dans le premier cas l'ablation par les voies naturelles, opération bénigne et peu choquante, devra, pour des considérations indépendantes de la nature même de la tumeur, céder le pas à une intervention beaucoup plus grave, amputation ou résection rectale, de pronostic fonctionnel et vital beaucoup plus réservé.

Autrement dit le problème se pose de la façon suivante : ou bien faire bénéficier le malade d'une intervention minima, en s'exposant aux incidents — relativement rares — de la rachianesthésie ; ou bien réduire les risques de l'anesthésie en ayant recours au chloroforme ou à l'éther, aux dépens de la gravité de l'acte opératoire. Rachi-anesthésie ou résection rectale, telle est l'alternative.

Il nous semble que dans la plupart des cas, la gravité immédiate d'une amputation ou d'une résection rectales vis-à-vis des risques problématiques de l'anesthésie rachidienne, doive faire pencher la balance en faveur de cette dernière solution. Tel est l'avis du Professeur Lecène, qui cependant rejette systématiquement ce mode d'insensibilisation toutes les fois où la narcose offre les mêmes commodités opératoires, mais fait exception à cette règle en ce qui concerne les tumeurs villeuses.

Le siège de ces tumeurs les rend d'ailleurs vraisemblablement justiciables d'une technique qui met presque complètement à l'abri des accidents de la rachi-anesthésie telle qu'elle est pratiquée d'habitude. Il s'agit de l'emploi d'une solution concentrée à 50 % de cocaïne dont on injecte une ou deux gouttes dans les espaces sous-arachnoïdiens. Ce procédé, préconisé par notre Maître, M. Ravaut, et connu sous le nom de la « goutte lourde », permet de limiter l'anesthésie aux groupes des nerfs de la queue de cheval. Entre les mains de son promoteur, cette méthode s'est montrée absolument inoffensive dans plusieurs centaines de cas ; aussi serait-il bon de préciser si l'anesthésie ainsi obtenue remonte suffisamment haut pour permettre l'ablation de tumeurs de l'ampoule rectale.

De toute façon *on rejettera l'anesthésie locale.* Elle ne permet ni un relâchement sphinctérien suffisant, ni une bonne insensibilisation de la base de la tumeur — nécessaire lorsque celle-ci est voisine du canal anal — et expose presque toujours à une intervention douloureuse et incomplète. L'observation 23 en est un exemple typique : la malade n'ayant admis que l'anesthésie locale, on dut se borner à une simple section du pédicule de la tumeur qui récidiva huit mois après.

VII

OBSERVATIONS

I. — TUMEURS VILLEUSES BÉNIGNES

OBS. 1

(Lecène)

Tumeur villeuse bénigne. — Résection rectale. — Guérison maintenue depuis cinq ans

M. M..., 54 ans, se plaint depuis septembre 1921 d'une sensation de pesanteur rectale survenant après la fatigue, et d'hémorragies rectales d'un sang rouge assez abondantes.

Depuis mars 1922 ces phénomènes s'accusent : faux besoins aboutissant à l'expulsion de quelques fragments sanguinolents ; amaigrissement notable, mais conservation de l'appétit.

Toucher rectal (juillet 1922). — On sent dans l'ampoule rectale, remontant au delà du doigt, des masses polypeuses siégeant en arrière, à droite et un peu en avant. La muqueuse est indurée au niveau de leur implantation. Le doigt ne ramène pas de sang.

Intervention (14 juillet 1922). — Rachi-anesthésie (novocaïne). Fermeture de l'anus en bourse. Incision prérectale ; décollement uréthro-prostatique jusqu'au cul-de-sac péritonéal qui est ouvert. Incision postérieure sans résection du coccyx et décollement présacré.

Hémostase progressive avec abaissement du recto-sigmoïde. Evagination, retournement du rectum qui est abaissé à travers l'anus. Suture muco-muqueuse du rectum abaissé à l'anus, puis suture d'appui sur le Douglas, le releveur et les muscles périnéaux. Tamponnement discret en arrière et en avant ; sonde à demeure uréthrale.

La tumeur extirpée présente des végétations d'aspect villeux et en son centre une ulcération qui traduit soit une transformation maligne, soit une ulcération infectieuse.

Suites opératoires. — Le malade a été revu le 7 novembre 1922 parfaitement guéri. Il n'y a pas de fistule et au toucher on sent la suture circulaire sans sténose. Actuellement encore le malade qui a 59 ans se porte à merveille ; il va régulièrement à la selle, chasse trois fois par semaine et fait de longues courses à bicyclette sans le moindre ennui.

Examen histologique. — La coupe intéresse une fraction de la tumeur et la portion avoisinante de la muqueuse rectale ; on saisit nettement à ce niveau la transition entre la néoformation et l'intestin normal. Le revêtement épithélial de ce dernier s'enfonce en un point en un cul-de-sac irrégulier au niveau duquel s'opère la transformation. Alors que le versant sain présente sur la moitié de sa hauteur une bordure purement muqueuse, on voit dans la moitié inférieure la fraction protoplasmique et nucléaire des cellules muqueuses croître progressivement de hauteur, en sorte que le versant opposé du cul-de-sac est tapissé sur presque toute son étendue d'un revêtement épithélial fait de hautes cellules cylindriques totalement dépourvues de mucus et fixant fortement les colorants.

A partir de ce point, la tumeur développe ses végétations qui se projettent sur la préparation, suivant l'incidence de la coupe, tantôt sous forme de villosités typiques (coupe parallèle au grand axe), soit sous forme d'un lacis labyrinthique, en jeu de patience, échappant à toute description et formée d'espaces intervilleux et de villosités anastomosées entre elles (coupe perpendiculaire ou oblique, fig. 4).

Lorsqu'elles sont sectionnées parallèlement à leur grand axe, ces villosités se présentent comme de fines végétations, très allongées, s'amincissant très régulièrement de leur base à leur extrémité libre, sans présenter d'étranglements ni de dilatations appréciables. Les unes restent uniques ; d'autres donnent naissance le long de leur trajet à des villosités secondaires qui se détachent d'elles très obliquement, pour leur devenir très rapidement parallèles. Parfois, enfin, la villosité se dédouble à son extrémité. Dans leur ensemble et vue à faible grossissement, ces villosités donnent l'impression de tubes à peu près rectilignes, à contours très nets et réguliers, placés côte à côte et épousant harmonieusement leurs sinuosités réciproques.

Le revêtement épithélial est constitué par un épithélium strictement unicellulaire, fait d'éléments cylindriques, hauts, étroits et très fortement appliqués les uns contre les autres. Le protoplasma est granuleux et prend fortement les réactifs. Le noyau occupe, en général, la moitié inférieure des cellules. En certains points, ces dernières s'articulent en coin et leurs noyaux se disposent tantôt à la partie moyenne, tantôt à la base de l'élément, l'ensemble figurant ainsi une fausse stratification. La forme des noyaux est très variable, en général allongée ou ovale, parfois en raquette ou même circulaire, et cela, semble-t-il, suivant l'intensité de la pression latérale qui s'exerce sur les cellules. Les images nucléaires sont régulières ; les cinèses sont rares et normales.

L'axe de la villosité est formé de fibrilles conjonctives, aux noyaux très allongés. Entre ces mailles s'infiltrent de nombreux leucocytes. Enfin,

la villosité est largement vascularisée par un capillaire, souvent distendu de sang, dont la tranche circulaire ou ovale occupe presque toujours en totalité la largeur de l'axe conjonctif. En certains points, il existe de véritables raptus hémorragiques qui distendent la villosité en massue et font parfois irruption à l'extérieur en rompant le revêtement épithélial. Dans leur ensemble, les villosités sont avant tout épithéliales, l'axe conjonctif ne représentant sur une coupe transversale, que le cinquième ou le huitième de la section totale.

La tumeur repose sur un stroma conjonctif très dense, fortement vascularisé et qui, au fur et à mesure que l'on approche des insertions villeuses, est envahi par un infiltrat lympho-plasmatique serré. La *muscularis mucosae* que l'on peut suivre sur la portion saine de la muqueuse, se perd sous la tumeur dans le feutrage conjonctif, mais on ne trouve aucune image anormale au-dessous de la ligne supposée qu'elle figure. De même, en aucun point, la musculeuse sous-jacente ne présente d'infiltrations atypiques.

Au niveau de l'insertion des villosités sur le stroma il existe de nombreuses images pseudo-glandulaires dont le revêtement épithélial est en tout point comparable à celui des villosités et qui représentent soit la section d'espaces intervilleux enfoncés en puits dans le stroma, soit des culs-de-sac glandulaires, dont l'épithélium transformé est en continuité avec les espaces intervilleux. Les formations glandulaires sont nombreuses et, en certains points dépourvus superficiellement de villosités, elles feraient penser à de l'adénome pur.

Beaucoup de ces formations d'aspect glandulaire renferment des nappes de globules rouges altérés, reliquat des hémorragies épanchées à la surface de la tumeur, et que l'obliquité de la coupe fait artificiellement paraître intra-tumorales.

Il n'existe en aucun point de la tumeur d'images glandulaires à revêtement muqueux.

OBS. 2

(Lecène)

Tumeur villeuse bénigne. — Excision large par les voies naturelles. — Malade perdu de vue.

M. D..., 69 ans, présente depuis septembre 1920 quelques troubles digestifs (pesanteur épigastrique) et se plaint surtout de faux besoins.

A l'examen (6 décembre 1920) l'état général paraît excellent ; il n'y a pas d'amaigrissement ; l'appétit n'a pas diminué.

Toucher rectal. — Le doigt perçoit dans l'ampoule rectale une masse, lobulée dans l'ensemble, du volume d'une mandarine, dont la base

d'implantation repose sur une muqueuse souple et dont le doigt fait facilement le tour.

Opération le 11 décembre 1920. — Rachianesthésie (huit centigr. de cocaïne). Dilatation anale maxima facilement obtenue ; excision large de la tumeur avec son implantation muqueuse ; décollement de la musculaire ; nombreux vaisseaux artériels, saisis et liés isolément. Suture de la muqueuse après hémostase.

La tumeur extirpée a l'apparence d'une végétation mamelonnée, implantée largement sur la muqueuse rectale.

Le malade est revu le 7 avril 1921 et se plaint d'avoir des selles diarrhétiques et fétides. Au T. R., état local parfait.

Par la suite le malade est perdu de vue et on apprend seulement qu'il a succombé sans qu'il soit possible d'avoir des détails supplémentaires sur les circonstances de son décès.

Examen histologique. — On reconnait sur la coupe, qui intéresse un fragment important de la tumeur, l'image caractéristique de la tumeur villeuse bénigne telle qu'elle a été décrite à l'occasion de l'obs. 1.

Les villosités sont régulières, fortement vascularisées, sans cependant qu'il y ait de raptus hémorragiques. Le revêtement cellulaire, purement épithélial, tout à fait typique au point de vue architectural et cellulaire, ne comprend aucune cellule muqueuse.

Le stroma conjonctif sous-jacent, lympho-plasmatique et très vascularisé, ne présente au voisinage de l'insertion des villosités que très peu d'images pseudo-glandulaires. Il n'existe aucune glande muqueuse. Dans la musculeuse il n'y a aucune infiltration.

Un point particulier mérite d'être signalé. La surface de la tumeur n'est pas totalement hérissée de villosités. Il existe des zones au niveau desquelles l'épithélium — qui par ailleurs présente tous les caractères cellulaires de l'épithélium villeux — recouvre à plat le stroma conjonctif. Mais cet épithélium est plissé comme s'il devait s'adapter à une surface plus petite que celle qu'il pouvait couvrir. Ainsi s'esquissent de petits soulèvements papillaires au centre desquels s'ébauche un axe conjonctif, parfois vasculaire.

Au voisinage du point où reprend l'insertion des villosités, certaines de ces formations papillaires sont plus étroites et plus allongées et prennent ainsi l'aspect général d'une villosité de calibre réduit. On a l'impression d'assister à ce niveau au mode de début du processus villeux. (Fig. : 2).

OBS. 3

(Personnelle)

Tumeur villeuse bénigne ; début apparent datant de quatre ans. — Excision de la tumeur avec une collerette de muqueuse. — Récidive bénigne in situ *neuf mois après, sous la forme d'une zone mamelonnée circulaire d'un demi-centimètre de diamètre.*

M. R..., âgé de 67 ans, s'est aperçu, il y a quatre ans, qu'au moment des défécations, apparaissait à l'anus une tumeur dont l'issue non douloureuse s'accompagnait de la perte de quelques gouttes de sang rouge. Durant les années qui suivirent, le même phénomène persista, sans douleur, sans constipation, la tumeur augmentant cependant peu à peu de volume.

Il y a cinq mois, soit trois ans et demi après le début, les selles deviennent très douloureuses, les matières diarrhéiques et franchement sanglantes. Cependant aucune altération de l'état général : pas d'amaigrissement, ni d'inappétence.

Le malade est hospitalisé dans le service du Docteur Bensaude, le 26 mai 1926. On constate à *l'examen rectoscopique*, implantée à 5 cm. de l'anus sur la paroi latérale droite du rectum, une masse pluri-lobée, *mollasse*, qui bouche la lumière de l'appareil. Le tube peut cependant dépasser la tumeur qui cesse à 8 cm.

Au *toucher*, le doigt perçoit une tumeur régulière, de consistance assez ferme, un peu élastique et bien mobile sur les plans profonds. Elle semble multilobulée et s'implante par un large pédicule de la face antéro-droite de l'ampoule. La muqueuse voisine est souple, sauf au-dessous du pédicule où l'on sent une traînée un peu indurée. Le doigt ne ramène aucune sanie malodorante.

Du 16 juillet au 11 septembre 1926, le malade est soumis à un *traitement radiothérapique* : 16.000 R en 16 séances par quatre portes d'entrée, sus-pubiens et sacrés, droits et gauches. Pas d'amélioration locale.

Intervention chirurgicale le 26 novembre 1926 (Professeur Lecène) : Rachi-anesthésie basse ; dilatation sphinctérienne ; ablation de la tumeur villeuse qui est largement implantée sur la face droite de l'ampoule au-dessus du sphincter ; excision avec une collerette de muqueuse qu'on suture exactement ; hémostase complète ; petit drain et mèche de gaze iodoformée dans le canal anal. Suites opératoires normales.

Après sa sortie de l'hôpital, le malade est suivi à intervalles réguliers. En août 1927, on constate au point où était la tumeur, une petite saillie mamelonnée, d'aspect villeux, circulaire et présentant le diamètre d'une pièce de cinquante centimes. Cette végétation est indolente, molle, ne saigne pas au contact et glisse parfaitement sur les plans profonds. La muqueuse voisine est souple. Aucun trouble fonctionnel, ni aucune atteinte de l'état général. Le malade a, au contraire, repris du poids depuis l'opération. Il est actuellement en observation.

Examen histologique. — La coupe porte sur un fragment important prélevé sur la pièce opératoire. On reconnaît tous les caractères de la tumeur villeuse bénigne.

Les villosités sont graciles, régulières ; leurs anastomoses ou leurs ramifications sont particulièrement nombreuses tout en restant ordonnées. Les images glandulaires, revêtues d'un épithélium comparable à celui des villosités, sont très nombreuses et forment une couche de plusieurs assises sous la racine des villosités. En certains points, des coupes obliques les étalent sur de larges plages d'apparence adénomateuse.

Le revêtement épithélial est fait de hautes cellules étroites dont le noyau et le protoplasme fixent fortement les colorants et dont le pôle externe, plus clair, est à fonction muqueuse. L'axe conjonctif des villosités est très vascularisé. Le diamètre des villosités oscille entre 80 et 95 μ, la hauteur du revêtement cellulaire entre 30 et 45 μ, la largeur de l'axe conjonctif autour de 15 μ.

Le stroma conjonctif sur lequel s'implante la tumeur est peu infiltré d'éléments plasmatiques. Par contre, il est sillonné de capillaires de toutes dimensions, parfois de véritables lacs sanguins de 40 à 250 μ.

La biopsie de la *récidive* a révélé une tumeur villeuse typique, très mucipare, sans aucun indice de dégénérescence.

OBS. 4

(Lecène)

Tumeur villeuse bénigne étranglée à l'anus. — Ablation par les voies naturelles. — Guérison maintenue depuis quatre ans et demi.

M. P..., 74 ans, présente depuis le début de 1922 des évacuations glaireuses, muco-purulentes et sanguinolentes, pour lesquelles furent portés les diagnostics d'hémorroïdes et de cancer du rectum. Les selles sont fréquentes. L'état général est parfaitement conservé.

Vu en mai 1923, il présente, extériorisée à l'anus par prolapsus, une tumeur du volume d'un gros œuf dont l'aspect est celui d'une tumeur villeuse. Cette tumeur violacée, irréductible, est étranglée depuis 24 heures.

Intervention le 4 mai 1923. — Anesthésie chloroformique ; excision complète de la tumeur par les voies naturelles avec hémostase soignée.

Le malade fait six mois après une hémiplégie. Actuellement aucun trouble local ni général.

L'examen histologique. — L'épithélium de revêtement des villosités présente en quelques points son aspect classique de palissade très serrée, faite de hautes cellules épithéliales sans aucune fonction mucosécrétoire. Mais dans l'ensemble ce revêtement est constitué d'éléments qui dans leur aspect ressortissent à la fois à la cellule muqueuse et à

la haute cellule épithéliale. Tassées les unes contre les autres, hautes et étroites, avec un noyau allongé qui occupe la moitié ou le tiers de leur hauteur, elles ont un pôle périphérique occupé par un bouchon muqueux plus ou moins important. On note également cette disposition au niveau des images glandulaires qui forment une assise unique à la base des villosités.

Les dernières dont le contour n'est pas marqué par le plateau bien tracé de la cellule épithéliale, mais par la limite imprécise des cellules en partie muqueuses et plus ou moins vidées de leur contenu, offrent dans leur ensemble un aspect très irrégulier. En particulier sur les coupes obliques on constate des images extrêmement déchiquetées et dentelées. Mais si l'on suit le dessin des axes conjonctifs, on retrouve dans les divisions et les anastomoses la régularité caractéristique de la tumeur bénigne.

Le passage entre la muqueuse saine et la tumeur s'opère brusquement, les hautes cellules épithéliales succédant sans transition aux cellules muqueuses des culs-de-sac glandulaires.

Enfin on note avec une netteté toute particulière dans cette préparation le développement purement superficiel de la tumeur qui repose sur une *muscularis mucosae* qu'en aucun point elle ne refoule vers la profondeur.

OBS. 5

(Lecène)

Tumeur villeuse bénigne. — Excision de la tumeur par les voies naturelles. — Guérison maintenue depuis un an.

Mme de M..., âgée de 70 ans environ, a subi une hysterectomie totale en 1907. Depuis trois mois elle se plaint d'alternances de diarrhée et de constipation, de pertes glaireuses, souvent sanguinolentes, parfois de petites hémorragies franches. Il existe de fréquentes fausses envies et la malade a remarqué de temps à autre l'apparition de la tumeur à l'anus à l'occasion des efforts de défécation.

L'examen rectoscopique (21 novembre 1925) décèle une petite tumeur, lisse, molle, de la grosseur d'une noix, implantée sur la paroi antérieure du rectum à 7 cm. de l'anus, et donnant l'impression d'une tumeur villeuse.

L'intervention est pratiquée le 20 mai 1926 par le Professeur Gosset : anesthésie à l'éther à chaud ; extirpation de la tumeur ; suture au catgut. La tumeur a le volume d'une prune ; un seul gros vaisseau la nourrissait. La musculaire est intacte.

La malade revue le 12 juillet 1927 est en parfait état.

Examen histologique. — La coupe porte sur un fragment de la tumeur enlevé par biopsie. Elle n'intéresse que la fraction villeuse de la tumeur et une zone minime du stroma sous-jacent.

Les villosités sont régulières. L'épithélium de revêtement est fait de hautes cellules épithéliales typiques, dont les unes sont purement épithéliales et les autres en partie muqueuses au niveau de leur pôle externe. L'architecture et la structure cellulaires sont tout à fait normales. Les mitoses sont nombreuses et normales.

L'axe conjonctif des villosités, fortement vascularisé, est très étroit par rapport au revêtement épithélial. En effet, le diamètre transversal des villosités oscille entre 110 et 140 μ, la hauteur du revêtement épithélial entre 50 et 65 μ et la largeur de l'axe entre 10 et 13 μ.

Le stroma conjonctif sous-jacent est à type lympho-plasmatique. Il existe à ce niveau quelques images glandulaires, mais aucune glande muqueuse vraie. Aucune image cellulaire ou architecturale atypique.

OBS. 6

(Lecène)

Tumeur villeuse bénigne — Excision de la tumeur avec une collerette muqueuse. — Guérison maintenue après cinq ans et demi.

M. R..., âgé de 60 ans, se plaint depuis l'été 1920 de quelques pertes anales glaireuses et hémorragiques, de constipation rebelle, sans aucune altération de l'état général.

L'examen rectoscopique, pratiqué en novembre 1920, permet de découvrir à 12 cm. de l'anus une tumeur villeuse typique bien limitée et pédiculée.

Intervention (Professeur Lecène), le 9 novembre 1920. — Rachianesthésie (novocaïne) ; excellent relâchement sphinctérien ; excision de la tumeur et de sa base ; suture soignée car la perte de substance est assez étendue.

Le malade revu cinq ans et demi après est en parfait état.

Examen histologique. — La coupe porte sur un fragment biopsié par le docteur Bensaude.

On reconnait le dessin régulier des villosités d'une tumeur villeuse bénigne. Dans sa plus grande étendue le revêtement épithélial est fait de hautes cellules étroites dont un certain nombre sont coiffées d'une cupule muqueuse. Il n'existe aucune atypie cellulaire ni architecturale. Quelques rares figures de mitose régulière. L'axe conjonctif est très vascularisé. Le diamètre des villosités oscille entre 80 et 120 μ, la hauteur des cellules de revêtement entre 30 et 55 μ, la largeur de l'axe conjonctif entre 10 et 20 μ.

Au niveau de la zone d'insertion de la tumeur on voit de nombreuses images pseudo-glandulaires, de toutes dimensions, en général ovales et allongées dans le sens des culs-de-sac intervilleux. Pas de glandes véritables.

Le stroma conjonctif sous-jacent est dense, lympho-plasmatique.

OBS. 7

(Bensaude)

Tumeur villeuse bénigne. — Résection du rectum avec anastomose bout à bout (Kocher-Cunéo). — Décès post-opératoire par anurie.

M. D..., 44 ans, présente depuis 1920 environ, des troubles rectaux : envies fréquentes d'aller à la selle, pertes de sang rouge pur ou mélangé aux matières, parfois précédées d'émissions glaireuses ; pas de signes d'obstruction ; amaigrissement de deux kilos en deux ans (mais le malade est un bacillaire : pleurésie gauche à 23 ans, abcès froid costal à 36 ans).

Examen rectoscopique (janvier 1923). — A 10 cm. au-dessus de la valvule supérieure on voit sur la paroi antérieure de l'ampoule rectale une masse mamelonnée, saignant facilement. La muqueuse sous-jacente est parsemée de plusieurs saillies rappelant l'adénomatose diffuse.

Toucher rectal. — On sent à la partie supérieure et antérieure de l'ampoule rectale une masse indolente, du volume d'une petite mandarine, dont le doigt fait à peu près le tour. Sur cette masse, parfaitement mobile avec le rectum, font saillie ainsi que sur la muqueuse avoisinante des petites proliférations non indurées. Le doigt explorateur ne ramène pas de sang.

Intervention (5 février 1923). — Rachi-anesthésie permettant une dilatation maxima. Résection du rectum par le procédé Kocher-Cunéo : décollement antérieur et postérieur, puis résection rectale ; suture bout à bout au catgut collargolé. Fermeture du péritoine pelvien et du Douglas par un plan spécial. Tamponnement en avant et en arrière sans fermeture des deux plaies.

La tumeur extirpée ressemble à une tumeur villeuse en plaque, associée à de nombreux points disséminés sur l'ampoule.

Le malade succombe, anurique, le 6 février dans l'après-midi. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Examen histologique. — Image typique de tumeur villeuse bénigne (fragment prélevé sur la pièce opératoire). L'épithélium des villosités est fait de hautes cellules épithéliales parsemées de nombreuses cellules muqueuses.

L'insertion des villosités s'opère suivant une ligne très régulièrs

sur le stroma conjonctif. La *muscularis mucosae* n'est pas visible. Les images glandulaires sont particulièrement abondantes à la base des villosités, de sorte qu'en aucun point on ne peut voir l'insertion directe de ces dernières sur le stroma conjonctif.

Ce stroma, très vascularisé, ne présente dans son ensemble que peu d'infiltration lympho-plasmatique ; mais en certains points il existe des foyers leucocytaires très denses et assez bien limités qui témoignent de petits nodules infectieux.

La musculeuse est intacte.

OBS. 8

(Lecène)

Tumeur villeuse bénigne ; résection de la tumeur avec son pédicule. — Guérison maintenue après cinq ans.

M. B..., âgé de 58 ans, présente depuis le début de 1921 des pertes glaireuses (parfois légèrement sanglantes) et des poussées douloureuses à l'occasion des selles. Il est vu en avril 1921 et l'examen rectoscopique montre à 6 cms de l'anus une tumeur villeuse typique

Intervention le 8 avril 1921. — Rachianesthésie (novocaïne) ; résection de la tumeur avec son pédicule.

Le malade est revu en juin 1926 complètement guéri.

Examen histologique. — Le fragment prélevé par biopsie n'intéresse que les végétations villeuses au ras du stroma.

Les villosités, très grandes et parfaitement contournées, dessinent un lacis irrégulier. Elles sont revêtues pour la plupart de cellules presque exclusivement muqueuses, quelques-unes, de cellules mixtes. L'axe conjonctif est réduit à un mince filet, distendu de place en place par un capillaire. On ne constate aucune anomalie cellulaire ou architecturale.

Le prélèvement est malheureusement trop superficiel pour qu'on puisse confirmer d'une façon absolue, par une étude des plans profonds, la bénignité de la tumeur que l'examen des villosités laisse supposer.

OBS. 9

(Bensaude)

Tumeur villeuse bénigne. — Intervention chirurgicale refusée ; fulguration contre-indiquée.

Mme F..., âgée de 69 ans, perd par l'anus depuis le début de 1926, un exsudat liquide et gélatiniforme, jamais sanguinolent. Ces évacuations,

très abondantes, surviennent surtout à l'occasion des selles, mais il existe un suintement permanent qui oblige la malade à se garnir. Elle se plaint en outre d'envies fréquentes et d'une sensation anormale de corps étranger intra-rectal, notamment après les défécations.

Un *examen radioscopique* par lavement opaque (Docteur Belot, 25 octobre 1926) montre une image anormale de l'ampoule rectale : « On observe à droite un remplissage imparfait ; une encoche irrégulière apparaît, qui persiste en position verticale. Sur les clichés on voit nettement une image lacunaire du côté droit de l'ampoule rectale. Elle est irrégulière, fragmentée, frangée et paraît bien plutôt correspondre à un épaississement végétant de la muqueuse ou à des plis épaissis, qu'à une masse unique, dense et végétante. » (Voir fig. 15.)

L'examen rectoscopique précise les rapports de cette image avec une tumeur de l'ampoule. Il est rendu difficile par l'abondance d'un écoulement clair, gélatiniforme que l'écouvillon retire par gorgées successives (environ 50 cc. au total). On voit après assèchement, à 6-7 cm., une tumeur aplatie, largement insérée sur la paroi droite du rectum entre 2 h. et 6 h. Son bord inférieur est net, saillant ; sa surface est blanc-rosé et présente quelques effusions hémorragiques. La muqueuse environnante est un peu moins souple que normalement. Dans son ensemble la tumeur n'a pas l'aspect de la tumeur villeuse typique.

L'examen chimique de l'exsudat a donné les résultats suivants : réaction alcaline ; aucun pouvoir digestif sur la gélatine, la fécule de pomme de terre, la lécithine après un séjour d'une heure à l'étuve à 37°.

La malade refuse toute intervention chirurgicale ; par ailleurs le volume et la large insertion de la tumeur contre-indiquent une fragmentation par la fulguration.

Examen histologique. — Le fragment prélevé par biopsie intéresse les villosités et la partie toute superficielle du stroma. Ces dernières, axées par un très mince filament conjonctif, distendues de place en place par un capillaire, sont revêtues de cellules épithéliales en partie muqueuses.

On voit, sous la base d'implantation des villosités et les séparant du stroma, des images glandulaires revêtues d'un épithélium comparable à celui des villosités.

Il n'existe aucune anomalie cellulaire ou architecturale.

OBS. 10

(LECÈNE)

Tumeur villeuse bénigne, ulcérée. — Résection basse du rectum avec conservation sphinctérienne. — Guérison maintenue depuis trois ans et demi.

M. D..., âgé de 48 ans, a remarqué au début de 1924 la présence de sang dans ses selles. Puis peu à peu surviennent du ténesme rectal, des épreintes, des pertes glaireuses et un amaigrissement de plusieurs kilos en quelques mois.

Il est admis le 30 juin 1924 dans le service du Professeur Lecène à l'hôpital Saint-Louis. Au toucher rectal qui est peu douloureux, on sent à environ 6 ou 7 cm. du sphincter, sur la paroi postérieure, une tumeur ferme, arrondie, pédiculée, de la grosseur d'une noix. Elle n'est pas friable au doigt et son insertion ne présente pas d'induration notable.

Intervention, le 9 juillet 1924. — Amputation basse du rectum avec fente postérieure du sphincter qui est conservé ; suture du Douglas, hémostase par tamponnement présacré.

La tumeur réséquée est ulcérée et végétante et donne l'impression; d'une tumeur villeuse dégénérée.

Le malade est revu en décembre 1926, soit deux ans et demi après l'opération. Son état général est excellent ; il a grossi de trois kilos. Les troubles rectaux ont presque complètement disparu. Il ne persiste qu'une sécrétion muqueuse intermittente qui oblige le malade à se garnir de temps à autre. Les selles sont régulières, quotidiennes. L'anus affecte la forme d'une fente ovalaire antéro-postérieure, d'où la muqueuse rectale fait hernie lorsque le malade fait un effort. Cette muqueuse est parfaitement souple et ne présente aucune anomalie. Le sphincter semble continent ; il est exceptionnel, d'après le malade, qu'il laisse échapper spontanément quelques matières, sauf cependant au cours des gros efforts physiques.

Examen histologique. — Le fragment a été prélevé sur la pièce opératoire. On est frappé dès le premier examen par l intensité de l'infiltration leucocytaire qui s'insinue dans les espaces inter-glandulaires de la muqueuse saine, forme une infiltration diffuse du stroma de la tumeur, s'agglomère en certains points en nodules infectieux.

Les villosités présentent une ramification extrême. Leur axe conjonctif est fortement vascularisé. Leur base d'implantation repose sur une assise épaisse de formations glandulaires. En certains points même où les villosités sont rares, l'abondance de ces aspects glandulaires ferait penser à une néoformation adénomateuse.

L'épithélium qui recouvre les villosités et les images glandulaires est fait de hautes cellules épithéliales régulières et cylindriques.

Le stroma est très épais, distendu par de larges néoformations capillaires. On ne trouve dans la musculeuse aucune image atypique.

OBS. 11

(Bensaude)

Tumeur villeuse bénigne, circulaire datant de l'enfance ; ablation de la tumeur par les voies naturelles. — Apparition onze ans après d'une efflorescence villeuse étendue à toute la surface de la muqueuse rectale.

M. L..., âgé de 48 ans, présente une tumeur villeuse rectale qui semble dater de l'enfance. Depuis l'âge de quatre ans ses selles sont mélangées de temps à autre de filets de sang ; parfois il existe des petites hémorragies de sang pur et souvent, à l'occasion des selles, une petite tumeur polypoïde fait saillie à l'anus.

Cet état persiste jusqu'en 1914 sans modification, sans phénomènes douloureux, sans aucune altération de l'état général. A signaler cependant l'expulsion, rare d'ailleurs, de petits fragments de tumeur.

A partir de cette date apparaissent des signes de rectite : constipation croissante, alternant avec des débâcles de fausses diarrhée ; les matières sont enrobées de glaires qui peuvent être émises isolément avec l'aspect de frai de grenouille.

En 1916, malgré la persistance d'un bon état général, sans amaigrissement, le malade est réformé avec le diagnostic « d'épithélioma de la partie supérieure de l'ampoule rectale ».

Le malade est vu alors pour la première fois par le Docteur Bensaude (nov. 1916). Au toucher, le doigt sent immédiatement au-dessus du sphincter une masse visqueuse, impossible à délimiter, uniformément molle. La muqueuse sur laquelle elle repose est parfaitement souple.

L'examen rectoscopique décèle une masse du volume du poing, insérée à quelques centimètres de l'anus ; une couche de mucus adhérent l'enveloppe en entier et lui donne l'aspect d'un bloc gélatineux. Sa surface apparaît creusée de sillons plus ou moins profonds, donnant à l'ensemble l'aspect d'une cervelle ou de végétations adénoïdes. Sa teinte est gris-rosâtre, piquetée de petites hémorragies de place en place. Une fois débarrassée de son enveloppe muqueuse, la surface se montre hérissée de petites franges villeuses tout à fait caractéristiques.

Intervention chirurgicale le 6 décembre 1926 (Professeur Hartmann). — Après chloroformisation et dilatation préalable, la tumeur est abaissée ; il s'agit d'une tumeur *totalement* circulaire, insérée sur tout le pourtour de la muqueuse rectale, à 3 cm. de l'anus et sur une hauteur de 1 cm. Résection muqueuse et suture par points séparés. Suites opératoires parfaites.

En deux mois les troubles fonctionnels disparaissent complètement, sauf un léger suintement sanguin, à intervalles irréguliers. Le toucher décèle une bride, probablement cicatricielle, sur la paroi postérieure ; rien d'anormal au rectoscope.

Le malade qui a repris son travail ne présente plus aucun trouble

et se considère guéri. En 1918, quinze mois après l'intervention, on sent au toucher un assouplissement très net de la bride cicatricielle. Le rectoscope révèle une muqueuse un peu rouge et saignotant facilement au contact.

Cette *restitutio ad integrum* tant physique que fonctionnelle persiste dans l'ensemble durant onze ans, lorsqu'au printemps 1927 quelques suintements reparaissent, peu à peu plus importants. A un nouvel examen du malade — qui avait été revu régulièrement à peu près tous les ans jusque-là — on constate au toucher une *récidive*, sous forme de végétations molles, insérées sur toute l'étendue de la muqueuse rectale. La rectoscopie confirme le diagnostic.

On décide d'opérer le malade à nouveau. Après chloroformisation et dilatation préalable, on constate qu'aussi bas que la muqueuse peut être abaissée, sa surface est parsemée de végétations villeuses disséminées, ne laissant entre elles que des zones étroites de muqueuse saine. Le malade n'ayant pas été préparé à une amputation ou une résection rectale, on s'abstient de toute ablation par les voies naturelles qui eût été inévitablement incomplète.

Examen histologique. — 1° *Tumeur villeuse initiale.* — Tumeur villeuse typique, assez fortement vascularisée. Prédominance des éléments caliciformes dans le revêtement épithélial. Réaction adénomateuse importante.

Aucun indice nucléo-cellulaire ou architectural de dégénérescence.

2° *Récidive.* — Les préparations qui portent sur des fragments biopsiques importants prélevés durant l'intervention révèlent dans l'ensemble l'aspect d'une tumeur bénigne.

Les villosités se détachent directement du stroma conjonctif, et sont très régulières. Les cellules mucipares sont nombreuses. Il existe quelques rares figures glandulaires.

Le stroma conjonctif est épais, infiltré de leucocytes. On ne constate aucune effraction profonde.

En somme la tumeur présente l'aspect d'une tumeur villeuse bénigne ; cependant quelques images cellulaires suspectes (cellules à tendance cubique avec noyaux plus volumineux et plus irréguliers) en des points *très limités* de la bordure épithéliale font émettre quelques réserves sur la possibilité d'une dégénérescence maligne à son tout début, sans qu'il soit possible d'affirmer d'une façon absolue la réalité de cette dernière.

OBS. 12

(BENSAUDE)

Tumeur villeuse à pédicule large. — Résection par les voies naturelles. — Guérison maintenue après sept ans.

Mme D..., 73 ans, présente depuis 1915, durant trois jours chaque fois, des crises hebdomadaires de diarrhée et de fausse diarrhée, consistant en élimination de « peaux » et de glaires abondantes et sanguinolentes, sans autre trouble fonctionnel, ni altération de l'état général.

Examen rectoscopique (avril 1920). — A 12-15 cm. de l'anus, on voit derrière une valvule de Houston et insérée sur la partie latérale droite du rectum, une masse polypeuse, rouge, molle, très mobile, recouverte d'un liquide mousseux, donnant l'image classique d'une tumeur villeuse. On voit plus bas une petite tumeur isolée, grosse comme un pois, ayant les mêmes caractères que la précédente.

Intervention le 19 juin 1920. — Rachi-anesthésie parfaite (novocaïne, 6 cgr.). Avec le doigt, on accouche la tumeur qui est située à 12 cm. de l'anus. Elle présente un pédicule large qu'on sectionne progressivement et qu'on suture par des points séparés de fil de catgut. Hémostase complète. Il s'agit d'une tumeur framboisée, saillante, insérée sur la moitié du quadrant postérieur droit.

La malade, régulièrement suivie depuis lors ne présente plus actuellement, sept ans après l'intervention, aucun trouble rectal, aucune pesanteur, aucun écoulement ; elle a une selle régulière tous les matins. Son état général est très satisfaisant (gain pondéral). Localement, on ne constate aucune séquelle et jusqu'à 15 cm., le rectoscopse découvre une muqueuse normale.

Examen histologique. — La préparation donne une image typique de tumeur « composée » à la fois adénomateuse et villeuse. En certains points, il s'agit d'adénome pur avec ses glandes irrégulières, tapissées de cellules presque exclusivement muqueuses. En d'autres points, les lumières glandulaires s'allongent, deviennent parallèles, puis l'épithélium disparaît à la surface de la tumeur, l'image s'inverse et les longues franges villeuses sont constituées, séparées, à leur base, du plan conjonctif par une ou plusieurs assises de formations glandulaires.

L'épithélium est constitué uniformément de cellules cylindriques à la fois protoplasmiques et muqueuses. Il existe de place en place des séries de cellules purement muqueuses.

L'axe des villosités ainsi que le stroma sont très vascularisés. Aucune atype architecturale, ni cellulaire.

OBS. 13

(Bensaude)

Tumeur villeuse bénigne. — Ablation par les voies naturelles. — Mort post-opératoire (insuffisance rénale).

Mme M..., âgée de 78 ans, se plaint depuis sept ans de pertes rectales abondantes faites de glaires aqueuses et survenant surtout la nuit ; pas de douleurs vraies, mais simple pesanteur rectale ; pas d'hémorragies, sauf récemment à l'occasion de l'élimination d'un fragment d'apparence tumorale.

Elle est vue pour la première fois en octobre 1926 par le Docteur Bensaude, qui constate à 8 cm. de l'anus, une tumeur villeuse typique, du volume d'une grosse orange et masquant la presque totalité de la lumière rectale.

La malade est opérée peu après (ablation par les voies naturelles), mais succombe en quelques jours avec des signes d'insuffisance rénale.

Examen histologique. — Tumeur villeuse bénigne typique.

La tumeur se développe exclusivement au-dessus de la *muscularis mucosae* dont le dessin, sur une préparation étendue prélevée sur la pièce opératoire, est conservé dans sa totalité.

En certains points, les villosités s'implantent côte à côte sur le mince tapis conjonctif qui les sépare de la *muscularis mucosae* ; en d'autres points, elles se détachent d'une zone de formations glandulaires dont le revêtement épithélial est identique au leur et dont l'épaisseur ne dépasse pas celle des glandes de la muqueuse normale avoisinante.

Il n'existe donc pas de réaction adénomateuse ; en certains points les glandes sont complètement intégrées dans l'architecture villeuse et on ne peut les reconnaître ; en d'autres points, elles ont persisté — après avoir modifié leur épithélium dans le sens de la haute cellule protoplasmique très colorée — mais n'ont pas proliféré.

Les villosités sont régulières ; leur axe conjonctif est très fin, peu vascularisé. Dans le revêtement épithélial, les cellules muqueuses sont rares ; on voit surtout la haute cellule protoplasmique fixant fortement les colorants et les types intermédiaires.

Aucune image nucléo-cellulaire, aucune figure d'effraction profonde pouvant faire penser à une transformation maligne.

OBS. 14

(Bensaude)

Tumeur villeuse bénigne datant de deux ans. — Abrasion par fulguration. — Persistance après deux ans d'une petite saillie cornée, d'apparence cicatricielle.

Mme G..., âgée de 60 ans environ, se plaint depuis l'été 1922 de pertes glaireuses par l'anus. Jamais d'hémorragies, pas de constipation. Bon état général.

On trouve au rectoscope à 6-7 cm. de l'anus une tumeur villeuse typique, en partie pédiculée et insérée sur la paroi antérieure (28 février 1924).

Un mois après, la tumeur est enlevée par *fulguration*. L'anesthésie est parfaite, la malade ne souffre pas.

Un examen rectoscopique pratiqué à la fin du mois de mars montre à l'endroit où siégeait la tumeur une ulcération des dimensions d'une pièce de deux francs, dont le fond est bourgeonnant et en partie recouvert d'une couenne. Il semble que dans sa partie antérieure la tumeur n'ait pas été complètement détruite.

L'écoulement glaireux a considérablement diminué, mais il persiste un léger suintement anal.

La cicatrisation de la lésion rectale est suivie au rectoscope. Le 17 juillet 1914, quatre mois et demi après la fulguration, l'ulcération est cicatrisée mais il existe à son niveau un petit bourgeon charnu, du volume d'une petite groseille, mou et saignant légèrement au contact. En octobre 1926 (dernier examen), on trouve au même niveau une petite élevure dure, cornée, d'*apparence* cicatricielle.

Examen histologique. — Le fragment prélevé par biopsie n'intéresse que les franges villeuses. Celles-ci offrent un aspect tout à fait typique ; leur revêtement cellulaire est mi-épithélial, mi-muqueux. Il existe d'assez nombreuses cellules muqueuses.

OBS. 15

(Bensaude)

Tumeur villeuse bénigne. — Ablation chirurgicale. — Guérison maintenue depuis un an.

M. L..., âgé de 64 ans, présente depuis un an des selles fréquentes et liquides, d'après ses dires, et depuis quelques mois des hémorragies rectales peu abondantes. Bon état général ; pas d'amaigrissement, ni d'anémie (G. R. 4.970.000, hémoglobine 100 %).

Examen rectoscopique le 1er avril 1926 (Docteur Bensaude). — A 9 cm. de l'anus on constate une tumeur du volume d'une prune, de coloration rouge, saignant facilement et fixée sur la paroi droite du rectum ; sa surface végète en choux-fleur et est en partie nécrosée. Cette tumeur est mobile, de consistance molle, et quoique obstruant la lumière rectale, elle s'efface au passage du rectoscope. La muqueuse sus- et sous-jacente est normale. On a l'impression d'une tumeur villeuse dégénérée.

Par la suite, cette tumeur est enlevée chirurgicalement aux Etats-Unis (Docteur Berg) et en octobre 1926 la plaie opératoire est presque totalement cicatrisée.

Examen histologique. — Le fragment, prélevé par biopsie, intéresse les franges villeuses et la partie superficielle du stroma.

Image de tumeur « composée » : en certains points, villosités typiques, étroites, allongées, axées par un mince filament conjonctif. En d'autres points proliférations adénomateuses, avec larges images kystiques, dans lesquelles se développent des glandes secondaires et des villosités.

L'épithélium est constitué par des cellules hautes et cylindriques, coiffées pour la plupart d'une ampoule de mucus. Il existe de très nombreuses cellules presque exclusivement muqueuses.

Aucune atypie cellulaire ou architecturale.

Le malade avait été antérieurement examiné par de nombreux médecins en Europe et aux Etats-Unis et de multiples biopsies avaient donné lieu à des opinions très différentes sinon contradictoires : carcinome du rectum (A. Haemmerli, Clinique médicale de Val-Mont, à Glion) ; polype adénomateux en voie d'évoluer vers l'épithélioma glandulaire (Francis W. Wood, St Luke's Hospital) ; polype papillaire dont la nature bénigne n'est pas absolument certaine (W. G. Mac Callum, Johns Hopkins University) ; adénome papillaire essentiellement bénin (James Ewing, Memorial Hospital) ; tumeur épithéliale papillomateuse de structure assez spéciale et dont la nature bénigne ne peut pas être absolument affirmée (William Elser, The Society of the New-York Hospital) ; carcinome papillaire (Mandelbaum, Mount Sinaï Hospital).

La multiplicité de ces interprétations histologiques est un exemple frappant des erreurs dont ces tumeurs peuvent être l'objet.

OBS. 16

(LECÈNE)

Tumeur villeuse en plaque. — Ablation chirurgicale par les voies naturelles. — Guérison maintenue après quatre ans.

Mme de S..., âgée de 56 ans, se plaint depuis la fin de 1921 d'épreintes, de fausses envies, d'hémorragies légères et de pertes muco-glaireuses.

On voit à *l'examen rectoscopique* à 10 cm. de l'anus une tumeur villeuse dont les franges sont bien visibles.

La malade est opérée le 15 décembre 1922. — Anesthésie rachidienne (novocaïne) ; dilatation facile du sphincter, ablation de la tumeur ; hémostase soignée et suture complète. La tumeur extirpée présente tous les caractères d'une tumeur villeuse, en plaque, mal pédiculée.

Quatre ans après l'intervention (novembre 1926) la malade est en parfait état.

Examen histologique. — La coupe n'est pas caractéristique, car elle intéresse la base de la tumeur, constituée à ce niveau par un stroma fibreux présentant de place en place des infiltrations lymphoïdes.

Ce stroma est parsemé de pseudo-acini dont le revêtement est très régulier, fait de cellules hautes, à petits noyaux, tout à fait régulières. Il n'y a pas de cellules mucipares.

Il est vraisemblable que la coupe a intéressé transversalement les culs-de-sac intervilleux, lesquels pénètrent dans le stroma et que c'est à cette incidence qu'on doit les images pseudo-acineuses.

OBS. 17

(LECÈNE)

Cancer du rectum. — Tumeur villeuse typique et bénigne, en nappe au-dessus du rétrécissement néoplasique. — Intervention, récidive cellulaire du néoplasme deux ans après.

Mme H..., 47 ans, est admise dans le service du professeur Lecène le 25 mai 1922 pour un syndrome rectal net : douleurs à la défécation avec sensation de pesanteur périnéale permanente, douleurs sciatiques en éclair surtout à droite ; nombreux faux-besoins avec élimination de glaires ; hémorragie de sang rouge à la fin des selles ; suintement continuel de sérosité jaunâtre ; constipation sans modification de forme des matières. Amaigrissement notable surtout depuis deux mois, (10 kilos environ) sans troubles digestifs, ni anorexie.

Au *toucher rectal*, très douloureux, on sent au débouché du canal de l'anus une masse bourgeonnante sur la face gauche de l'ampoule ;

plus haut le doigt est arrêté par une sténose complète circulaire de tissu mollasse.

On discute la possibilité de cancer ou de tuberculose rectale.

Intervention le 31 mai 1922. — Bonne rachi-anesthésie à la novocaïne ; abaissement périnéal d'un segment rectal puis recto-sigmoïde étendu ; ligature progressive du recto-sigmoïde ; le segment sigmoïde abaissé est perméable mais la muqueuse est plaquée d'une nappe végétante granulo-polypoïde ; fixation de ce segment abaissé à la peau, après hémostase et fermeture par un double rang de sutures du péritoine sigmoïde au Douglas et au péritoine rétro-utérin. Tamponnement à la gaze iodoformée de la concavité sacrée, sans aucune suture.

Suites opératoires excellentes. Un an après (mai 1923) cicatrice anale excellente ; pas de continence ; le vagin est souple, le col normal ; au toucher transanal on ne sent rien d'anormal.

En avril 1924 on constate une récidive dans le tissu cellulaire pelvien, sans récidive muqueuse. La malade est perdue de vue.

Examen histologique. — Un fragment prélevé sur la masse néoplasique confirme le diagnostic d'épithélioma cylindrique typique. Par contre l'examen histologique des proliférations villeuses portant sur un large fragment ne permet de déceler aucun signe de malignité.

La tumeur succède brusquement à l'intestin normal. A une bordure de glandes de Lieberkühn font suite les proliférations villeuses. Mais sur une zone de transition, les cellules de revêtement demeurent mi-épithéliales, mi-muqueuses, alors qu'en pleine tumeur elles revêtent le type de la haute cellule cylindrique purement protoplasmique. De même les villosités s'insèrent à ce niveau sur une assise de glandes muqueuses qui semblent déboucher dans les espaces intervilleux. On a l'impression au niveau de cette zone de passage que les glandes participent peu à peu à la formation de la tumeur et que progressivement elles se laissent envahir par les hautes cellules cylindriques caractéristiques. De place en place cette disposition se retrouve encore en pleine tumeur, mais la majorité des images glandulaires qu'on voit à ce niveau sont bordées d'un épithélium comparable à celui des villosités.

L'axe conjonctif de ces dernières, ainsi que le stroma très lâche sur lequel elles reposent, sont très fortement vascularisés par de très larges capillaires distendus.

La *muscularis mucosae* est intact dans toute son étendue. On ne voit aucune image anormale dans la musculeuse.

OBS. 18

(Bensaude)

Tumeur villeuse bénigne, sigmoïdienne haute, échappant au contrôle rectoscopique, se traduisant uniquement par un syndrome dysentériforme avec hémorragies abondantes. — Expulsion spontanée de débris tumoraux (28) durant deux ans. — Guérison spontanée depuis cette date (un an et demi).

Mme R..., âgée de 45 ans environ, présente en 1905, alors qu'elle habitait au Caire, une crise dysentériforme violente : 40 selles par jour, faites surtout de sang noir, avec ténesme et coliques abdominales, fièvre élevée, délire. Au bout d'une huitaine de jours, l'état s'améliore et sans régime particulier la malade reprend sa vie antérieure.

A partir de cette époque la malade présente tous les ans environ quatre crises de cet ordre, quoique moins violentes : fausses envies, avec sang et glaires parfois très abondantes, émises isolément ou enrobant les matières. On la considère comme une entéritique et elle suit de nombreuses cures à la clinique du Professeur Dappert, à Kissingen.

En août 1923 des hémorragies surviennent, abondantes, tous les deux jours. La malade est vue alors par le Docteur Bensaude qui, après des examens rectoscopiques et radioscopiques négatifs, fait procéder à une recherche des parasites dans les selles ; l'examen découvre des kystes amibiens. On institue alors un traitement arsenical dont l'action est peu probante.

En septembre 1923 la malade évacue un matin avec ses selles une masse pétrifiée que l'examen révèle être un fragment tumoral imprégné de matières durcies. A la suite de cette élimination, grosse hémorragie de sang noir.

A partir de cette date, la malade éliminera environ tous les mois des fragments de tumeur, mous, pyriformes, d'abord gros comme une fraise, puis du volume d'une perle : la dernière expulsion a lieu en janvier 1926. Au total, 28 fragments furent recueillis de la sorte.

Durant cette période, les hémorragies, d'abord assez abondantes à chaque expulsion, se tarissent progressivement, puis disparurent totalement. Dès lors la malade ne se plaignit plus d'aucune manifestation anormale ; actuellement (juin 1927), elle est en parfait état et a repris du poids ; ses matières sont tout à fait normales.

Examen histologique. — L'étude microscopique des débris spontanément éliminés permet le diagnostic de tumeur villeuse typique, sans aucun indice de dégénérescence maligne (Dr Cain).

II. — TUMEURS VILLEUSES SECONDAIREMENT DÉGÉNÉRÉES

OBS. 19

(Bensaude)

Tumeur villeuse en voie de dégénérescence maligne. — Aucune amélioration par radium- et radio-thérapie. — Extension périnéale. — Mort dans la cachexie.

M. A..., âgé de 38 ans, présente depuis juillet 1922 de la constipation, des pertes de sang par l'anus, du ténesme rectal et des épreintes suivies d'évacuations muco-purulentes. A partir de décembre 1922 les douleurs périnéales deviennent permanentes, rendant pénible la situation assise ; le malade maigrit notablement, aussi procède-t-on à un anus iliaque (Dr Séjournet) en avril 1923.

Malgré l'intervention l'état local ne s'améliore pas ; le malade est alors admis dans le service du Docteur Bensaude, le 12 juin 1923. On trouve à l'examen, située à 5 cm. du sphincter, une masse bourgeonnante, indurée, qui saigne abondamment, occupe toute la lumière du rectum et empêche la progression du rectoscope.

Le 14 juin, on procède à une application de *radium* (quatre tubes de 11 mm. dans sonde de caoutchouc, durée de 4 jours, dose de 32 millicuries). Après cette première application, l'amélioration paraît très nette sur la partie basse, villeuse, de la tumeur.

On procède à une deuxième application le 9 juillet 1923 (durée, 6 jours ; dose totale, 36 millicuries).

Le malade est revu au mois d'octobre suivant. Il a augmenté de 4 kilos, mais localement les lésions se sont considérablement aggravées. L'application de radium a été suivie de troubles dysuriques passagers, et surtout de phénomènes de rectite avec élimination de fragments nécrosés. L'anus est transformé en un canal anfractueux, aux parois rigides et irrégulières. Il existe au-dessus de la marge postérieure un petit orifice fistuleux duquel on fait sourdre par la pression une sérosité purulente. Les deux fosses ischio-rectales présentent une infiltration ligneuse.

En janvier 1925 une énorme masse végétante fait saillie hors de l'anus, l'orifice anal est nécrosé, on sent de grosses masses adéniques dans les région singuinales. L'état général du malade est très altéré. On procède à une *cure radiothérapique* du 19 janvier au 6 février : 16 séances avec quatre portes d'entrée (inguinales droite et gauche, périnéale et sacrée) ; 14.000 R. au total. Aucune amélioration ni locale, ni générale.

Le malade se cachectise rapidement et succombe le 7 mars 1925, sans qu'on ait constaté aucun signe de généralisation.

Examen histologique. — Le fragment prélevé à une première biopsie est fait de végétations villeuses tout à fait régulières et typiques. Elles reposent sur une couche d'images glandulaires, parmi lesquelles il est difficile de distinguer ce qui appartient à des acini vrais, ou, au contraire, à des coupes obliques de puits intervilleux.

Le revêtement épithélial est tout à fait polymorphe ; en certains points, il est fait exclusivement de cellules muqueuses, en sorte que la villosité est surtout marquée par le dessin de son axe conjonctif doublé, sur chacun de ces bords, par les noyaux des cellules muqueuses dont le corps est indistinct. A d'autres places, l'épithélium est constitué par de hautes cellules cylindriques purement protoplasmiques ; en d'autres points encore, les cellules sont à fonction muqueuse partielle.

A un examen attentif, on remarque que si la plupart des cellules sont typiques, il existe par endroit des bandes cellulaires où le revêtement est irrégulier, les cellules à tendance cylindro-cubique, les noyaux plus volumineux et plus clairs, les mitoses fréquentes et atypiques, bref, autant d'indices de malignité.

Une biopsie faite après les traitements radium- et radio-thérapiques, permet de constater la totale inefficacité de cette thérapeutique. L'architecture de la tumeur est totalement bouleversée ; on reconnaît seulement épars dans un stroma hémorragique des fragments de bordures épithéliales constituées de cellules monstrueuses : protoplasme irrégulier, noyaux énormes, mitoses atypiques, inclusions cellulaires. L'évolution carcinomateuse est indéniable.

OBS. 20

(Bensaude)

Tumeur villeuse en voie de dégénérescence maligne. — Abrasion incomplète à l'anse diathermique. — Malade perdu de vue.

M. P..., âgé de 55 ans, présente depuis 1918 des pertes de sang vermeil, vraisemblablement liées à un prolapsus hémorroïdaire que l'on soigne médicalement à cette date. Mais les hémorragies persistent, minimes, survenant environ une fois par mois.

A partir de l'été 1923, alors qu'il était jusque-là très constipé, le malade présente plusieurs selles par jour, hémorragiques, glaireuses et parsemées de peaux. Il éprouve des faux besoins qui aboutissent parfois à l'expulsion de sang rouge ou de glaires ; léger amaigrissement.

C'est dans cet état qu'il est examiné pour la première fois à la consultation du Docteur Bensaude (12 décembre 1923). On constate à l'examen rectoscopique, entre 9 et 15 cm. et occupant toute la moitié droite du rectum, une tumeur *mollasse, très lobulée,* saignant facilement, bien limitée en haut par un rebord saillant et adossée en bas à la valvule sacrée. On a l'impression d'une tumeur villeuse en voie de dégénérescence.

A un mois d'intervalle, on procède à l'ablation de trois fragments de la tumeur au moyen de l'anse diathermique. La tumeur est loin d'être abrasée et persiste encore sous forme d'une masse mamelonnée en avril 1924 ; elle se sphacèle par la suite (mai 1924).

Le malade qui présente par ailleurs des signes nets de P. G. ne vient que très irrégulièrement à la consultation et est perdu de vue en octobre 1924.

Examen histologique. — Les examens successifs montrent une tumeur à type villeux, reposant sur un stroma fibreux, assez dense, non enflammé à sa partie centrale, infiltré de cellules lympho-plasmatiques dans l'axe des villosités.

Celles-ci sont de deux types :

Il existe une zone de villosités muqueuses, régulières, certaines cellules étant pauvres en mucus, d'autres, au contraire, formées d'un bouchon muqueux énorme, refoulant une mince couche de protoplasma autour d'un petit noyau appliqué contre l'axe de la villosité.

Mais la tumeur est surtout faite de villosités ramifiées en tous sens, anastomosées entre elles en un réticulum dendritique et tapissées de hautes cellules cylindriques, à défaut de toute cellule muqueuse. Ce revêtement épithélial est irrégulier, infiltrant le stroma de bourgeons pleins. Les cellules sont irrégulières, atypiques ; les noyaux sont multiples, bourgeonnants, monstrueux, en cinèse. L'évolution maligne est caractéristique.

OBS. 21

(Bensaude)

Tumeur villeuse typique, en voie de dégénérescence maligne, apparue après l'ablation du rectum pour épithélioma.

M. B..., 61 ans. Opéré en 1920 pour un épithélioma du rectum (ablation du rectum avec abaissement de l'intestin à l'anus). Depuis cette date, se plaint de constipation, de pesanteur rectale et de gêne à la défécation. En 1924 apparaît un suintement anal purulent et glaireux, d'odeur fétide.

Le malade est vu le 23 janvier 1925 et on constate au rectoscope, à 8 cm. de l'anus, une tumeur ulcéro-végétante saignant facilement.

Une nouvelle intervention chirurgicale est conseillée, mais le malade est perdu de vue.

Examen histologique. — Les villosités sont courtes, très serrées et présentent de nombreuses sinuosités. L'épithélium de revêtement paraît régulier dans son ensemble. Mais en certains points il émet des bourgeons pleins qui s'invaginent dans l'axe conjonctif de la villosité.

A ce niveau on constate des signes nets de malignité : cellules cylindro-cubiques, noyaux énormes, vacuolaire, division chromatinienne irrégulière.

De nombreuses images glandulaires, revêtues de hautes cellules cylindriques, séparent les villosités du stroma, au niveau duquel on ne constate aucune inclusion anormale.

OBS. 22

(Personnelle)

Tumeur villeuse secondairement dégénérée.—Récidive un an après électro-coagulation. — Inefficacité de la radiothérapie. — Métastase ganglionnaire inguinale et mort dans la cachexie.

M. G..., 48 ans, présente depuis septembre 1924 des selles glaireuses et diarrhéiques associées à des douleurs abdominales et une certaine tendance à l'incontinence des matières.

A l'examen rectoscopique on constate le 20 février 1925, outre une tendance au mégasigmoïde, une tumeur peu volumineuse, insérée à 15 cm. de l'anus sur la paroi droite du rectum et dont l'aspect macroscopique rappelle celui d'une tumeur villeuse.

Cette tumeur semble complètement détruite après trois séances de *fulguration*. Quelques mois plus tard on ne trouve plus trace de lésion sur la muqueuse.

En février 1926 le malade, qui se plaint de douleurs abdominales et lombaires et qui commence à maigrir, est vu à nouveau. On trouve entre 13 et 15 cm., sur la paroi droite, approximativement à l'endroit où siégeait la tumeur fulgurée, une zone un peu saillante, infiltrée, blanchâtre, d'aspect nécrotique, donnant l'impression de la base d'implantation d'une tumeur villeuse dont les franges auraient été abrasées.

En avril 1925 survient une hémorragie extrêmement abondante, vraisemblablement liée à la chute des placards nécrotiques vus à la précédente rectoscopie. Le malade, une fois remis de cette hémorragie, ne présente plus aucune perte glaireuse ou sanguinolente.

On le soumet à huit séances de *radiothérapie profonde* qui n'a aucune action sur la lésion rectale, laquelle semble au contraire s'étendre. A bout de doigt on sent une infiltration de la muqueuse en avant et à droite et au rectoscope on constate que le placard infiltré s'est développé, qu'il atteint le volume d'une noisette et tend à se pédiculer (juillet 1926).

En septembre 1926 le malade remarque l'apparition d'une adénopathie inguinale bilatérale. Il s'agit de masses adéniques, volumineuses, un peu douloureuses à la palpation profonde. On peut les suivre dans la fosse iliaque, surtout à droite et au toucher rectal on sent à bout

de doigt, sous la paroi latérale droite, une masse qui fait nettement corps avec la masse iliaque correspondante (19 octobre 1926).

A partir de cette date, l'état général du malade décline rapidement. Les masses adéniques augmentent de volume, l'amaigrissement et la pâleur s'accusent progressivement, l'anorexie devient bientôt complète et le malade succombe cachectique en mars 1927.

Examen histologique. — Plusieurs biopsies ont été pratiquées au cours de l'évolution.

La première, datant de février 1925, intéresse des franges villeuses tout à fait normales : villosités régulières, fines, centrées par un axe conjonctif ténu, fortement vascularisé ; l'épithélium est fait de hautes cellules cylindriques, les unes exclusivement protoplasmiques, les autres plus nombreuses en partie muqueuses. Pas d'atypie nucléo-cellulaire, ni architecturale ; pas de rupture de la *muscularis mucosae.*

Il est intéressant de signaler que le fond des espaces intervilleux est tapissé de cellules exclusivement muqueuses, comme si cet espace s'était mis à ce niveau en continuité avec des glandes ayant conservé leur épithélium muqueux normal. Sous l'insertion des villosités les images glandulaires sont nombreuses, tapissées d'un épithélium à fonction muqueuse prédominante.

Une deuxième biopsie faite en octobre 1926, alors que des métastases ganglionnaires permettaient à la clinique d'affirmer l'évolution maligne, fournit une image comparable à la première. En un point cependant, on pourrait discuter une rupture de la *muscularis muscosae* avec effraction profonde, mais le siège de cette lésion au point de section de la pince biopsique ne permet aucune conclusion.

L'épithélium est régulier, sans aucune atypie ; les cellules muqueuses sont nombreuses. Il ne semble pas que le traitement radiothérapique ait agi sur la tumeur, même pour abraser les villosités superficielles.

Une biopsie ganglionnaire faite à la même date montre l'image typique de la métastase d'un épithélioma cylindrique. (Voir fig. 14.)

OBS. 23

(Bensaude)

Tumeur villeuse, d'apparence bénigne cliniquement. — Points limités de dégénérescence constatés histologiquement. — Ablation par simple résection du pédicule et récidive vingt mois après. — Abrasion de la récidive par étincelage. — Persistance cinq ans après de ténesme et d'écoulement qui font soupçonner une nouvelle récidive.

Mme J..., 80 ans, se plaint depuis août 1920 de faux besoins n'aboutissant qu'à l'expulsion de sang et de glaires sanguinolentes. Elle pré-

sente en outre une constipation opiniâtre coupée de temps à autre de débâcles diarrhéiques.

A l'*examen rectoscopique* (12 février 1921) on découvre à 6 cm. de l'anus une petite tumeur d'apparence adénomateuse insérée sur la paroi postérieure du rectum.

Cette tumeur est extirpée par le Professeur Lecène le 8 mars 1921 (*anesthésie locale* — la seule admise par la malade —, ablation par les voies naturelles après ligature du pédicule). Les hémorragies cessent.

Un nouvel examen rectoscopique pratiqué le 3 novembre 1922 permet de découvrir deux nouvelles excroissances polypeuses : l'une, molle et grosse comme une noisette, est insérée à 4 cm. de l'anus sur la face antérieure du rectum par un pédicule étroit ; l'autre naît un peu plus bas de la face postérieure du rectum ; elle est molle, irrégulière, saigne facilement et s'engage dans le canal anal, apparaissant à l'anus dans les efforts d'expulsion.

Les tumeurs sont détruites le 22 novembre 1922 par fulguration avec courte étincelle après anesthésie locale à la cocaïne. Il n'y a ni hémorragie, ni douleur secondaires. Durant l'année 1923 la malade n'accuse plus aucun trouble. La muqueuse rectale est lisse, sans la moindre cicatrice (novembre 1923.)

Progressivement quelques troubles fonctionnels légers sont apparus à nouveau qui persistent actuellement : sensation de ténesme, surtout le matin ; légère incontinence avec selles glaireuses ; sensation d'obstacle rectal sans douleur vraie. L'état général est assez satisfaisant, quoique la malade paraît un peu pâle et amaigrie. L'examen local n'a pu être pratiqué (5 mai 1927).

Examen histologique. — La coupe qui intéresse la presque totalité de la tumeur, révèle la large insertion de cette dernière sur un stroma fibreux parsemé de zones denses d'infiltration lymphocytaire.

Les végétations villeuses sont extrêmement divisées et reposent dans leur partie profonde sur plusieurs assises de culs-de-sac glandulaires très ramifiés. A une extrémité de la préparation il n'existe aucune prolifération villeuse. La tumeur est réduite aux nombreux culs-de-sac glandulaires et prend ainsi un aspect purement adénomateux.

Sur les axes conjonctifs des villosités, peu denses et très infiltrées de cellules lympho-plasmatiques, repose un épithélium très régulier, s'élevant par places en larges ondulations. Cet épithélium, avec ses noyaux petits, disposés en rangée régulière, permet d'affirmer, en ce point tout au moins, la bénignité de la tumeur.

Mais il existe en d'autres points des villosités régulières d'aspect au faible grossissement, au niveau desquelles l'analyse histologique révèle en réalité des signes indiscutables d'une évolution maligne : les cellules sont moins régulières, à tendance cylindro-cubique ; les noyaux surtout sont très volumineux, hyperchromatiques, irréguliers, étranglés, bourgeonnants et présentent des figures de division atypique. Par ailleurs le revêtement épithélial des villosités, sans être à proprement parler

pluristratifié, se soulève en certains points en bourgeonnements limités, ou au contraire s'invagine en dépression dans l'épaisseur de l'axe conjonctif (fig. 10).

Il n'existe aucune infiltration dans le stroma.

OBS. 24

(Personnelle)

Tumeur villeuse en voie de dégénérescence secondaire. — Echec de la radiothérapie. — Fractionnement de la tumeur par la fulguration. — Persistance après trois ans d'un moignon purement néoplasique et métastase récente sur la paroi opposée du rectum. — Troubles fonctionnels modérés. — Etat général satisfaisant.

M. S..., âgé de 60 ans présente depuis 1922 quelques troubles rectaux qu'il néglige : envies fréquentes d'aller à la selle, garde-robes striées de sang et suivies de l'évacuation d'un liquide glaireux ; pas de constipation ; bon état général (69 kg.).

Le malade est vu pour la première fois à la consultation du Docteur Bensaude (hôpital Saint-Antoine) le 31 octobre 1924. *L'examen rectoscopique* décèle entre 14 et 19 cm., sur la paroi antérieure et débordant latéralement, une tumeur du volume d'un œuf de poule, d'aspect végétant, de consistance *molle* et saignant facilement.

Depuis cette époque jusqu'au dernier examen (mars 1927) on ne constatera aucune modification ni de l'état général qui reste satisfaisant, ni des signes fonctionnels qui ne s'aggraveront ni ne s'amenderont. Par des examens rectoscopiques successifs on sera frappé par l'immobilité des lésions locales qui se montreront particulièrement résistantes aux thérapeutiques employées et qui ne présenteront également aucune tendance à l'extension.

Fulguration (le 19 novembre 1924). — L'opération est rendue délicate en raison du siège élevé de la tumeur ; on procède à un étincelage à travers le restoscope introduit jusqu'à 25 cm. Cette intervention n'est suivie d'aucune modification des troubles fonctionnels.

Examen rectoscopique (24 février 1925). — La tumeur a certainement diminué de volume et présente dans sa partie gauche et inférieure des traces de fulguration. On voit à droite, au delà de 15 cm., une exulcération d'un demi cm. de diamètre et sur la paroi postérieure, aux alentours de 13 cm., une petite plaque d'aspect diphtéroïde. Il s'agit là, ou du reliquat de petites tumeurs villeuses aberrantes, abrasées par l'étincelage, ou plus vraisemblablement de traces de brûlures sur une muqueuse saine, la fulguration ayant été aveugle à travers le tube rectoscopique.

En septembre 1925 le malade est soumis à huit séances de *radiothé-*

rapie profonde (Dr Solomon) : irradiation sacrée gauche et droite ; distance focale, 30 cm. ; étincelle équivalente, 40 cm. — 7.000 R. en trois heures d'irradiation totale —. Plusieurs examens rectoscopiques (15 et 31 octobre, 1er décembre 1925) permettent de constater une diminution notable de la tumeur ; il ne reste que quelques petites végétations, rouge-vif, saignant facilement, sur un placard irrégulier et bosselé, infiltrant la muqueuse qui a perdu sa souplesse.

Devant ces résultats favorables on renouvelle le traitement radiothérapique en décembre 1925 et en mars 1926 (13.000 R. et 14.000 R.). Mais ces deux dernières séries restent totalement inefficaces. Les examens rectoscopiques pratiqués à intervalle régulier montrent que la tumeur, réduite par la première série à un placard légèrement saillant de consistance un peu dure mais non cartilagineuse, ne diminue plus de volume, pas plus qu'elle ne s'étend.

Malgré de nouvelles fulgurations et des séries de radiothérapie profonde, l'état local reste inchangé jusqu'à la date du dernier examen (août 1927), l'état général du malade restant satisfaisant et les troubles fonctionnels modérés. On constate à cette date une métastase à caractères purement néoplasiques sur la paroi rectale opposée.

Examen histologique. — La tumeur a été étudiée par des biopsies successives. Sur la première le dessin des villosités, qui seules avaient été abrasées, apparaît au faible grossissement tout à fait normal. Les villosités sont régulières, bordées d'un épithélium unicellulaire, non bourgeonnant. Mais à un grossissement plus fort certaines cellules de revêtement apparaissent très atypiques : cylindro-cubiques, noyaux volumineux, vacuolaires, mitoses nombreuses ou anormales. Ces indices de malignité se limitent à certaines fractions du revêtement épithélial qui partout ailleurs est normal, fait de hautes cellules cylindriques prenant fortement les colorants.

Une deuxième biopsie fournit une image assez particulière. Une couronne de villosités, régulières dans leur dessin, entoure un centre de végétations adénomateuses. A un examen plus minutieux on trouve également par place des signes cellulaires de dégénérescence maligne, autant sur les villosités périphériques que sur les images glandulaires centrales.

Des biopsies ont été pratiquées après le traitement radiothérapique. Les villosités superficielles sont totalement abrasées. Les pseudo-acini néoplasiques persistent dans la profondeur du stroma, moins nombreux et enserrés dans un tissu de sclérose épais. Les cellules qui bordent leur lumière offrent l'image de l'évolution carcinomateuse la plus typique. On voit par larges zones un tissu d'apparence angiomateux, fait de nombreux capillaires dans un tissu conjonctif jeune.

La biopsie de la *métastase* récente a révélé un épithélioma cylindrique glandulaire sans la moindre structure villeuse.

OBS. 25

(Personnelle)

Tumeur villeuse en voie de dégénérescence maligne. — Malade en cours d'observation.

Mme M..., âgée de 40 ans, se plaint depuis le début de 1923 de quelques troubles rectaux : constipation opiniâtre, sensation à peu près permanente de corps étranger rectal gênant la malade dans ses occupations (couturière) ; selles normales, non douloureuses ; pas de sang ni de glaires.

Depuis mai 1925, ces troubles se sont exagérés : nombreux faux-besoins (20 à 25 par jour) donnant issue à des glaires mousseuses et à du sang rouge, parfois mélanique ; la sensation de gêne rectale persiste, sans douleur vraie ; pas de ténesme, pas d'incontinence. La tumeur fait légèrement hernie à l'anus au moment des garde-robes.

A partir de décembre 1926 les faux besoins sont plus fréquents encore, et les hémorragies de sang rouge, plus abondantes, ce qui amène la malade à consulter.

L'état général a été très satisfaisant jusqu'en été 1926. Depuis cette date, la malade aurait maigri de 10 kilos. L'appétit est moins bon. Dans l'ensemble, l'état est actuellement encore très satisfaisant (janvier 1927).

L'examen rectoscopique montre à 10 cm., sur la paroi antérieure, une tumeur villeuse typique, largement lobulée, dont les franges sont agglutinées par un mucus glaireux qui se répand dans le tube rectoscopique en coulée de blanc d'œuf cru. Le frottement de la tumeur fait apparaître un petit piqueté hémorragique.

Au toucher, le doigt peut faire le tour de la tumeur, du volume d'une orange. Elle est largement insérée sur la muqueuse par un pédicule moins souple que ne le paraît la surface de la tumeur, qui est granuleuse et d'une élasticité ferme. Le doigt ne ramène pas de sang.

L'intervention chirurgicale a été proposée à la malade qui n'a pas actuellement fait connaître sa décision.

Examen histologique. — Le fragment prélevé par biopsie intéresse les franges villeuses et la partie superficielle du stroma.

Les franges villeuses sont régulières et reposent sur un tissu adénomateux. Dans l'ensemble, l'épithélium est fait de hautes cellules allongées et régulières, coiffées pour la plupart, d'une cupule de mucus. Les mitoses sont fréquentes et normales.

Mais, en un point l'existence de cellules cylindro-cubiques, irrégulières, à noyaux volumineux, déformés, vacuolaires ou en pycnose permet d'affirmer la dégénérescence maligne.

OBS. 26

(Bensaude)

Tumeur villeuse en voie de dégénérescence maligne.
Exérèse de la tumeur par résection du pédicule.
Récidive dix mois après.

Mme M..., âgée de 72 ans. — Depuis 1921, pertes de sang rouge, écoulement glaireux, constipation opiniâtre ; pas de faux-besoins. En octobre 1922, une perte glaireuse très abondante dont la brusquerie rappelle la rupture d'une poche d'eau. Bon état général, pas d'anorexie.

A l'*examen rectoscopique* (Docteur Bensaude, 20 février 1923), on trouve à 9 cm. une tumeur inégale, molle, largement pédiculée, implantée sur la paroi postérieure du rectum et offrant l'aspect d'une tumeur villeuse.

La malade est opérée par le Professeur Hartmann : dilatation anale avec des pinces de Richelot, la tumeur assez haut située est attirée ; son pédicule est large, en forme de lame transversale, et inséré sur la paroi postérieure du rectum. Section au thermo-cautère. Guérison sans incidents.

Pendant plusieurs mois, les troubles fonctionnels antérieurs disparaissent, mais il existe un peu d'incontinence. En décembre 1923, les écoulements séro-muqueux reprennent et au toucher rectal on sent une tumeur inégale sur la paroi postérieure du rectum.

En présence des constatations histologiques on porte le diagnostic de récidive maligne. Une seconde intervention est proposée, que la malade refuse.

Examen histologique. — Le fragment obtenu par biopsie n'a intéressé que la couche villeuse superficielle.

Les villosités sont régulières, axées par un stroma conjonctif, lâche et fortement vascularisé. Le revêtement épithélial est fait de cellules surtout muqueuses ne présentant aucune atypie.

Un autre examen, portant sur un fragment plus important prélevé sur la pièce opératoire, aurait permis de déceler des points paraissant épithéliomateux en infiltration dans le tissu musculo-conjonctif et de porter le diagnostic de cancer probable (Professeur Ménétrier). L'évolution ultérieure a confirmé cette interprétation.

Nous tenons ici à adresser nos remerciements respectueux au Professeur Hartmann qui a très obligeamment mis à notre disposition le compte rendu de l'opération qu'il a pratiquée et l'analyse histologique du Professeur Ménétrier.

OBS. 27

(Bensaude)

Tumeur villeuse en voie de dégénérescence maligne.
Abrasion incomplète par électro-coagulation.
Action superficielle de la radiothérapie.

M. G..., âgé de 70 ans, perd depuis 1921 environ un peu de sang vermeil en allant à la selle. En janvier 1925 les selles deviennent plus fréquentes, chaque fois sanglantes et glaireuses ; quelques épreintes ; léger amaigrissement.

A l'*examen rectoscopique* (octobre 1925), on voit à 14 cm. sur la paroi antéro-gauche une masse polylobulée, grosse comme une prune, bloquant complètement la lumière.

On procède à trois séances d'*électro-coagulation*, mais sans résultat, car la tumeur, haut située, n'est atteinte que dans sa partie inférieure.

D'octobre 1925 à juillet 1926, le malade est soumis à trois séries de *radiothérapie profonde* (1re et 2e série de 14.000 R. ; 3e série de 3.000 R.). Après la première série on constate une amélioration locale assez nette : la tumeur est moins bourgeonnante, plus lisse et plus régulière ; elle n'oblitère plus la lumière intestinale (9 février 1926). Mais les séries suivantes restent totalement inactives au point que l'image fournie par la tumeur le 12 octobre 1926 est celle d'un néoplasme végétant typique, induré, rétrécissant la lumière.

Durant toute cette période le malade a toujours cinq à huit selles liquides par jour et des écoulements glaireux, sans aucun phénomène douloureux. Actuellement l'état général est toujours satisfaisant : pas d'amaigrissement ni d'inappétence.

Examen histologique. — Le dessin des villosités est régulier et tout à fait typique. Le revêtement épithélial, constitué à certains endroits par les hauts éléments cylindriques caractéristiques présente au contraire, en d'autres points, tous les signes de la dégénérescence maligne : atypisme, sur-activité cellulaire, monstruosité nucléaire, mitoses irrégulières.

Ces villosités reposent sur un stroma infiltré de pseudo-acini, dont un certain nombre sont inversés et figurent l'image de villosités intratumorales.

Une biopsie pratiquée après le traitement radiothérapique ne montre aucune modification des lésions.

OBS. 28

(Bensaude)

Tumeur villeuse en voie de dégénérescence maligne. — Elimination spontanée de fragments de tumeur (en tout 106). — Inefficacité de la radiothérapie. — Traitement par la fulguration ; destruction incomplète de la tumeur. — Mort dans la cachexie après sept ans, sans aucune métastase constatable cliniquement.

M. R..., âgé de 61 ans, est soigné depuis 1919 pour un syndrome rectal attribué à des hémorroïdes compliquées de fissure, quoiqu'après un toucher rectal et un examen rectoscopique, le diagnostic de cancer de l'ampoule ait été posé au cours d'une consultation (Dr Robineau).

Le syndrome rectal se précisant par la suite, faux-besoins, parfois légère incontinence des matières, pertes de glaires sanguinolentes, mais sans altération de l'état général, le malade consulte le Docteur Bensaude.

L'*examen rectoscopique* révèle alors (27 mai 1922) une tumeur *molle, polylobulée*, saignant beaucoup au contact et siégeant entre 10 et 12 cm. sur la paroi antérieure du rectum.

Le 8 juillet 1922 on pratique un anus artificiel (Professeur Gosset), puis le malade est soumis en juillet-août et en octobre à des applications de *radiothérapie profonde* (Dr Ledoux-Lebard). On ne constate aucune amélioration locale à l'examen rectoscopique.

Par la suite, à partir de décembre 1922, on procède à plusieurs séries d'étincelage (Dr Heitz-Boyer). L'état général du malade se maintient satisfaisant, mais les troubles fonctionnels, ténesme et émissions glaireuses, persistent sans changement. Un nouvel examen rectoscopique montre toujours sur la paroi antérieure, à 10-12 cm., des bourgeons rouge-vif, gros comme un pois, saignant facilement et insérés sur une muqueuse œdematiée. Il semble que l'étincelage ait fractionné la masse unique constatée au début.

Jusqu'en novembre 1925, l'état général de ce malade, de forte corpulence, se maintient, son poids oscillant autour de 100 kilos ; de même les signes fonctionnels ne se modifient pas.

Mais en janvier 1924 est apparu un phénomène nouveau. Sans réaction douloureuse, sans hémorragies appréciables, le malade élimine spontanément à l'occasion des selles des fragments de tumeur, du volume moyen d'un petit pois, parfois plus gros ; à partir de septembre 1924 cette élimination cesse. Le malade qui s'observe avec minutie a compté en tout 106 fragments tumoraux.

Plusieurs rectoscopies sont pratiquées entre temps qui permettent d'assister à la reconstitution de la masse initiale, toujours très *lobulée* et de consistance *molle*, largement implantée sur la muqueuse, très facile à fragmenter et saignant plus abondamment au contact qu'une tumeur villeuse non dégénérée (16 mai et 8 novembre 1924)

Durant 1925, le malade fait plusieurs séjours dans une clinique

pour y subir des séances d'électro-coagulation (Dr Heitz-Boyer). Ces dernières sont très douloureuses et n'améliorent aucunement les troubles fonctionnels : quatre à six évacuations par jour de matières sanieuses et souvent sanglantes.

En novembre 1925, le malade fait un nouveau séjour dans la clinique et brusquement son état général, jusqu'alors satisfaisant, se met à décliner : amaigrissement, anorexie, sans qu'on puisse constater cliniquement aucune métastase péritonéale ou hépatique. Les troubles fonctionnels s'exagèrent également ; à partir de décembre apparaissent des irradiations douloureuses dans les cuisses, de la dysurie ; les évacuations deviennent subintrantes. On doit recourir à la morphine et le malade succombe en mars 1926 cachectique (1).

Examen histologique. — Les nombreux examens histologiques pratiqués au cours de cette longue évolution, soit sur des fragments prélevés par biopsie, soit sur les débris tumoraux éliminés spontanément, ont donné des résultats très différents suivant que le prélèvement avait porté sur le pédicule ou la partie périphérique de la tumeur.

Dans certains cas l'image constatée était celle d'une épithélioma cylindrique avec ses pseudo-acini et ses modifications cellulaires.

Dans les biopsies superficielles la présence de villosités signait la nature véritable de la tumeur. Ces villosités sont extrêmement divisées et ramifiées, d'aspect dendritique. L'épithélium est constitué par de hautes cellules cylindriques qui par place présentent les signes de la dégénérescence maligne. Les images glandulaires sont nombreuses entre le stroma et le plan des villosités. Il n'y a pas de cellules muqueuses.

OBS. 29

(Bensaude)

Tumeur villeuse dégénérée. — Inaction de la radiothérapie. — Généralisation. — Mort dans la cachexie.

M. L..., 40 ans, présente depuis le printemps 1925, des hémorragies de sang rouge, survenant après les selles. Au bout de quelques mois sont apparues des fausses envies (8 à 12 par jour) aboutissant à l'élimination de peaux et de glaires.

Le malade, jusqu'alors soigné pour entérite, est adressé en octobre 1925 dans le service du docteur Bensaude à l'Hôpital Saint-Antoine.

A cette date le syndrome rectal s'est complété : sensation de corps étranger, de pesanteur rectale, allant jusqu'à de vraies crises douloureuses calmées par le décubitus. Le malade, constipé, a de fréquentes émissions de mucus et de sang. Le 12 octobre *il élimine spontanément*

(1) Nous devons à l'obligeance du Dr Radiguet, que nous tenons à remercier ici, les renseignements qui nous ont permis de compléter notre observation.

une petite masse charnue, pédiculée, du volume d'une grosse cerise, ayant la consistance et l'apparence d'un fragment de tumeur villeuse du rectum.

Au *toucher rectal* on sent une masse, grosse comme un abricot, appendue dans l'ampoule rectale et reposant, semble-t-il, sur une base indurée. La rectoscopie confirme l'existence d'une tumeur villeuse siégeant à 8 cm. de l'anus.

Du 20 novembre au 15 décembre 1925, le malade est soumis à huit séances de *radiothérapie* profonde (Dr Solomon) : deux portes d'entrée, sus-pubienne et sacrée ; 7.000 R. en 2 h. 40 d'irradiation totale. Ce traitement n'apporte aucune amélioration ni locale, ni fonctionnelle. Le malade souffre toujours beaucoup et à l'examen rectoscopique le centre de la tumeur — laquelle n'a pas diminué de volume — apparaît légèrement nécrosé et suppurant.

Le malade quitte le service au début de janvier 1926. Dans les mois qui suivent les troubles fonctionnels s'exagèrent : épreintes, ténesme, fausses envies, émission glairo-sanguinolentes, irradiations douloureuses dans les régions sacrées et périnéales. Le malade succombe à la fin du mois de mars 1926, avec les signes d'une cachexie extrême et d'une généralisation néoplasique : sub-occlusion avec ballonnement du ventre, ascite légère, foie énorme et nodulaire, œdème des membres inférieurs.

Examen histologique. — Les villosités sont très irrégulières. L'épithélium de revêtement émet de nombreux prolongements, tantôt dans l'espace intervilleux, tantôt dans l'axe conjonctif, les uns épais et courts, les autres grêles, allongés, non-centrés par un axe conjonctif. L'ensemble figure un dessin irrégulier, d'aspect dentelé, dendritique.

On trouve en de nombreux points les altérations nucléo-cellulaires, indices de la transformation maligne.

OBS. 30

(Bensaude)

Tumeur villeuse typique, en voie de dégénérescence maligne. — Anus iliaque ; extension à la vessie constatée à l'intervention. — Mort dans la cachexie.

M. B..., âgé de 59 ans, est vu le 28 novembre 1925. Il présente depuis deux ans de la diarrhée, des épreintes fréquentes, suivies d'élimination de glaires et de sang rouge. Il a maigri de douze kilos.

Au rectoscope on voit, entre 7 et 12 cm., une tumeur insérée sur la face antérieure du rectum, dont les bords sont assez mous et qui donne l'impression d'une tumeur villeuse dégénérée.

L'intervention chirurgicale, pratiquée le 5 janvier 1926 (Dr Pauchet), montre une infiltration étendue ayant gagné la paroi postérieure de la vessie ; on se borne à un anus iliaque gauche.

Le malade qui souffre peu, se cachectise progressivement. En août, apparaissent pour la première fois des douleurs vésicales intolérables nécessitant la morphine et le malade succombe le 25 septembre 1926.

Examen histologique. — Tumeur villeuse en voie de dégénérescence. Les villosités sont allongées et graciles, typiques. Elles sont séparées du stroma par plusieurs assises d'images glandulaires.

L'épithélium de revêtement est polymorphe : en certains points, hautes cellules purement protoplasmiques, en d'autres, cellules à fonction partiellement muqueuse. Les images glandulaires sont tapissées d'un épithélium identique ; certaines d'entre elles ont cependant une bordure de cellules exclusivement mucipares.

On trouve des indices de dégénérescence maligne en de nombreux points où les cellules épithéliales sont irrégulières, cylindro-cubiques, avec noyaux volumineux, vacuolaires, en division chromatinienne atypique.

Le stroma et les axes conjonctifs des villosités sont vascularisés par un réseau de capillaires particulièrement riche.

OBS. 31

(Lecène)

Tumeur villeuse dégénérée avec infiltration du stroma. — Résection par les voies naturelles. — Malade perdu de vue.

M. L..., âgé de 43 ans. Depuis juin 1922, filets de sang rouge accompagnant et suivant les selles. Fausses envies avec expulsion de sang et de sérosité d'odeur fétide. Pas de douleurs à la défécation. Selles de consistance normale.

Léger amaigrissement, appétit conservé.

En 1915, aurait présenté durant trois mois des signes de rectite : envies fréquentes ; selles liquides ; glaires et sang dans les matières.

Toucher rectal (septembre 1922). — Sur la face antérieure de l'ampoule rectale on sent, à 6-8 cm. de l'anus, un petit noyau pédiculé, mobile, gros comme une noisette ; sa base d'implantation, plus étroite, repose sur une muqueuse qui semble moins souple et moins mobile. Le doigt provoque de façon inconstante un écoulement de sang.

Opération (25 septembre 1922). — Rachianesthésie (novocaïne) ; dilatation anale facile ; dans le rectum béant on voit la tumeur, d'aspect villeux, et qui siège à droite de la ligne médiane.

Résection de cette tumeur avec sa base d'implantation qui est large de 5 à 6 mm. et longue de 3 à 4 cm. Hémostase par suture continue.

Examen histologique. — Tumeur villeuse en évolution maligne : les villosités sont épaissies, irrégulières ; le revêtement est modifié ; le stroma est infiltré de boyaux néoplasiques.

OBS. 32

(Bensaude)

Tumeur villeuse histologiquement dégénérée, datant de cinq ans. — Ablation incomplète de la tumeur par les voies naturelles. — Récidive immédiate d'une tumeur végétante et molle, présentant les mêmes caractères que la tumeur initiale.

Mme M..., âgée de 57 ans, se plaint depuis 1918 de sensation de pesanteur à l'anus, de constipation et de faux besoins suivis d'expulsion de mucosités.

Le Dr Langevin (du Mans) (1), l'examine pour la première fois en mars 1921 et sent au toucher rectal, à bout de doigt, une série de franges molles ; le doigt ramène quelques mucosités sanguinolentes.

Jusqu'en 1926 la malade est soignée médicalement. Son état général se maintient satisfaisant, son poids ne diminue pas, mais les troubles fonctionnels persistent, marqués surtout par des expulsions fréquentes de glaires légèrement teintées de sang.

En mars 1926 à l'occasion d'un nouvel examen, les tumeurs rectales, jusque-là parfaitement molles et souples, présentent un point induré et l'*examen rectoscopique* pratiqué successivement par le Dr Langevin et le Dr Bensaude (5 mai 1926) révèle à 9 cm. environ, une tumeur polypeuse saignant facilement au contact du rectoscope.

La malade est opérée le 7 juin 1926 (Dr Delagénière). L'intervention pratiquée par les voies naturelles ne permet pas d'enlever la totalité de la tumeur ; la portion de muqueuse villeuse réséquée est de consistance molle.

A la suite de l'intervention il se forme à 4-5 cm. de l'anus un anneau circulaire, tendu en diaphragme, dont la lumière centrale n'admet guère que l'extrémité de l'index. Parallèlement apparaît au-dessous du rétrécissement une couronne de villosités molles, comparables aux précédentes.

L'amélioration fonctionnelle est nulle. Les faux-besoins sont aussi fréquents, sinon plus et les émissions glaireuses aussi abondantes que par le passé. L'état général demeure excellent (mai 1927).

Examen histologique. — On constate dans la préparation l'intrication d'une prolifération purement adénomateuse et du processus villeux. En certains points les glandes se développent à la surface de la tumeur en larges cavités, plus ou moins occupées par des images glandulaires secondaires, puis à cet aspect adénomateux font suite, prenant directement insertion sur le stroma, des végétations villeuses

(1) Nous tenons du Dr Langevin la presque totalité des renseignements qui forment cette observation et nous sommes heureux de le remercier ici de son obligeance.

typiques. En d'autres points la prolifération villeuse s'insère sur une base adénomateuse.

On peut avoir l'impression à la vue de ces images successives que l'épithélium glandulaire et l'épithélium de surface participent tous les deux à la formation de la tumeur.

Le revêtement cellulaire est uniformément constitué par des éléments hauts et cylindriques coiffés d'une capsule muqueuse. Aucune atypie cellulaire, ni nucléaire.

Le stroma conjonctif est lâche, aréolaire, peu infiltré. La musculeuse est dépourvue de toute image atypique.

Cependant un autre examen pratiqué au Mans (Dr Beauchef, clinique Delagénière) aurait révélé en un point profond une dégénérescence épithéliomateuse limitée.

OBS. 33

(Cain)

Tumeur villeuse dégénérée. — Infiltration du méso-sigmoïde constatée ultérieurement à l'occasion d'un anus iliaque.

Mme P..., 66 ans, a eu des crises de colique hépatique il y a vingt ans pour lesquelles elle a fait des cures répétées à Vichy. Depuis cette date elle présente de la diarrhée, sous forme de deux à trois évacuations liquides quotidiennes, mise sur le compte de la lithiase.

A partir du printemps 1925 la diarrhée devient beaucoup plus marquée (jusque 22 selles par jour) composée surtout de glaires blanchâtres, jamais sanguinolentes, mais elle ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel : pas d'épreinte ni de ténesme. L'examen coprologique reste négatif (notamment en ce qui concerne les parasites) et ne montre que du mucus en grande abondance. L'état général est excellent.

A l'examen (octobre 1925) le ventre est souple, non ballonné ; le foie est normal ; le toucher rectal et vaginal ne décèle rien.

A *l'examen rectoscopique* on découvre à 14 cms sur le sigmoïde une tumeur villeuse typique, multilobulée, noyée dans du mucus dont l'aspect rappelle le classique frai de grenouille.

Au cours d'une intervention, conseillée par la suite, on aurait constaté une infiltration du méso-sigmoïde avec fixation au plan osseux. On pratique un anus iliaque.

La malade a été perdue de vue.

Examen histologique. — Le fragment prélevé par biopsie n'intéresse que les prolifération villeuses. Celles-ci, surtout coupées obliquement, dessinent un lacis régulier, en dentelle. Elles sont tapissées de hautes cellules cylindriques, dont un grand nombre sont couronnées d'une

capsule de mucus. Il existe un certain nombre de cellules purement muqueuses, groupées ou isolées.

En des points *très limités* le revêtement épithélial change d'aspect ; les cellules sont moins hautes, les noyaux plus irréguliers, volumineux et vacuolaires ; l'épithélium tend à se stratifier, tous ces signes témoignant d'une dégénérescence maligne.

III. — TUMEURS VILLEUSES DENDRITIQUES D'EMBLÉE MALIGNES

OBS. 34

(Personnelle)

Tumeur villeuse dendritique. — Inefficacité de la radiothérapie ; résection de la tumeur. — Aucune récidive après un an.

M. Le L..., âgé de 52 ans, se plaint depuis deux ans environ (fin 1925) de troubles rectaux marqués au début par des écoulements muco-glaireux survenant à trois ou quatre reprises dans la journée et précédés de besoins impérieux et de pesanteur rectale. Progressivement les écoulements augmentent au point d'obliger le malade à se garnir. Des faux-besoins apparaissent avec épreintes ainsi qu'une douleur rectale sourde mais permanente ; constipation habituelle, pas d'hémorragies appréciables.

Parallèlement le malade a maigri, se sent faible et son teint a pâli. Jusqu'en 1926 ces manifestations sont considérées comme relevant d'entérite. A cette date seulement on pose le diagnostic de tumeur rectale.

Le malade est soumis alors à un *traitement radiothérapique* (Dr Solomon ; mars et juin 1926, 14.000 R. à chaque série). Localement la lésion semble améliorée dès la première série ; les végétations sont abrasées mais il persiste à 8 cm. un noyau rouge et dur. L'état général est amélioré ; le malade a augmenté de 4 kilos.

Le 23 novembre 1926, le malade est examiné pour la première fois dans le service du docteur Bensaude. On trouve à *l'examen rectoscopique* sur la paroi antérieure, à 5 cm. environ, une tumeur du volume d'une mandarine d'aspect finement végétant. Au toucher cette tumeur est largement implantée sur la muqueuse rectale qui est saine et mobile. La surface est irrégulière, un peu bourgeonnante ; la consistance est ferme et élastique, *plus molle sur les bords*. Dans l'ensemble on a l'impression d'une tumeur villeuse dégénérée.

Le malade est opéré le 13 décembre 1926 (Professeur Lecène) : incision rétro-rectale, résection du coccyx, puis décollement rétro-rectal et ouverture du Douglas ; abaissement complet du rectum avec dissection des vésicules séminales ; invagination intra-anale de la tumeur avec extériorisation complète ; résection et suture en trois plans par points séparés ; drain fixé dans le calibre de l'intestin ; fermeture du Douglas et tamponnement en arrière avec un petit Mikulicz. Suites opératoires sans incidents.

Dans les mois qui suivent le malade reprend du poids (4 kg. 600) et son appétit est meilleur. Les faux-besoins disparaissent ainsi que la

douleur périnéale. L'incontinence fécale est très relative et permet au malade une vie de bureau.

Un examen rectoscopique pratiqué fin novembre 1927 révèle l'existence d'un rétrécissement rectal, indolore, admettant l'index. La muqueuse est normale, parfaitement souple, et on ne constate à sa surface aucune végétation suspecte.

Examen histologique. — Le fragment étudié, de 4 cm. sur 2, a été prélevé sur la pièce opératoire à cheval sur la tumeur et la muqueuse normale.

A un très faible grossissement la fraction pathologique apparaît encadrée par deux plages de muqueuse saine entre lesquelles elle s'enfonce en coin. Alors qu'au niveau de la muqueuse normale la limite de la *muscularis mucosae* apparaît très nette, on a l'impression que les franges villeuses se détachent d'une dépression creusée dans le chorion de l'intestin.

A un grossissement plus fort on est frappé par l'anarchie structurale des villosités. Ces dernières se détachent sans ordre aucun, tantôt uniques, tantôt émettant de nombreux rameaux collatéraux, tantôt issus d'un tronc central d'où elles divergent en tout sens, comme les villosités intestinales d'une valvule connivente. Le passage de la muqueuse saine à la tumeur s'opère au niveau d'un repli de cet ordre dont un versant est normalement occupé par des glandes de Liberkühn et dont l'autre donne issue à de nombreuses villosités. Dans leur ensemble, ces villosités, fragmentées, déchiquetées, dendritiques ne rappellent aucunement la disposition des villosités des tumeurs villeuses bénignes.

L'épithélium qui recouvre ces villosités ne présente aucune régularité. En certains points il est constitué par de hautes cellules épithéliales, rappelant celles qui tapissent les villosités des tumeurs bénignes. Mais dans la majorité des points il est fait d'éléments atypiques qui fournissent tous les intermédiaires entre la haute cellule cylindrique et l'élément cylindro-cubique du cancer épithélial. Ces cellules sont strictement protoplasmiques et ne comprennent aucune fraction muqueuse. Il n'existe également aucune cellule muqueuse isolée.

Les *noyaux* participent à cette atypie. Longs et fusiformes dans les cellules hautes et cylindriques, ils sont volumineux, vacuolaires ou en pycnose dans les autres éléments. Les figures de mitose sont rares. En certains points le revêtement est pluristratifié.

L'axe conjonctif ne présente rien de particulier ; il constitue environ le huitième du diamètre de la villosité. Il est en général très vascularisé par un capillaire distendu.

La *zone d'implantation* des villosités s'opère sur une ligne très irrégulière au niveau d'un stroma conjonctif, en certains points très épais, en d'autres occupé par de larges îlots de dégénérescence, rappelant la dégénérescence colloïde et dans lesquelles sont parsemées quelques cellules conjonctives et des fragments de revêtements épithéliaux faits de cellules très atypiques. La *muscularis mucosae* a complètement

disparu ; les vacuoles de dégénérescence pénètrent en profondeur et affleurent à la couche musculaire qu'elles dissocient en certains points. On ne trouve cependant dans l'intimité de la musculeuse aucun amas épithélial.

Il n'existe aucune glande muqueuse, ni aucune image pseudo-glandulaire.

Enfin signalons qu'on ne constate dans la préparation, — prélevée sur la pièce opératoire, par conséquent après l'application des deux séries radio-thérapiques, — aucune trace d'un effet favorable qui puisse être porté à l'actif de ce traitement.

OBS. 35

(Lecène)

Tumeur villeuse dendritique. — Amputation périnéale du rectum. — Pas de récidive clinique après six mois.

M. M..., Emile, âgé de 56 ans, entre dans le service du professeur Lecène le 13 juin 1927. Bien portant jusqu'en octobre 1926, il constate à partir de cette date un certain nombre de troubles rectaux : faux-besoins fréquents (15 à 20 fois par jour), sans sensation d'exonération après les selles ; impression de corps étranger rectal, évacuations limitées à quelques matières liquides, parfois glaireuses. Considéré comme un dysentérique, il est traité comme tel.

A partir de janvier 1927, du sang rouge est mélangé aux selles ; puis, peu de temps avant son entrée à l'hôpital, les matières émises sont allongées, aplaties, rubanées.

Le malade qui aurait maigri de 4 kilos, a le teint jaune paille ; son appétit est conservé. Urée sanguine : 0 gr. 52.

Au *toucher rectal* le doigt perçoit à 7 cm. de l'anus une masse très végétante dont la base est indurée, cartonnée, comme invaginée ; en outre *quelques bourgeons assez mous* limitent la lumière rectale, laquelle admet le calibre de l'index. On constate des adhérences postérieures, sacrées, à droite et à gauche de la ligne médiane, lesquelles se prolongent assez haut et sur la moitié droite du cylindre rectal ; pas d'adhérences antérieures. Le doigt ne ramène pas de sang. On pense à un épithélioma cylindrique.

Intervention le 17 juin 1927 : cancer du rectum ulcéré, végétant, sus-ampullaire ; nombreux ganglions dans le méso-rectum.

Amputation périnéale du rectum élargie ; section très haute du méso-rectum et ablation de nombreux ganglions ; tamponnement en arrière (Mikulicz) et fermeture complète du Douglas par suture. Le rectum est abaissé et en partie fixé en avant.

Fin juillet la plaie opératoire est complètement cicatrisée et le malade quitte l'hôpital. Il est revu en novembre. Son poids a augmenté, l'appétit

est meilleur ; il persiste un petit suintement séreux. L'incontinence post-opératoire rétrocède peu à peu. A l'examen rectoscopique la muqueuse se montre souple, mobile et sa surface ne présente aucun indice de dégénérescence.

Examen histologique. — Fragment prélevé sur la pièce opératoire. A un très faible grossissement ou à la loupe les villosités qui constituent la tumeur semblent se dégager en contre-bas de la muqueuse normale dont il existe une fraction à une des extrémités de la préparation. (Voir fig. 10.)

Le passage de la muqueuse saine à la tumeur s'opère brusquement au niveau d'un repli muqueux très allongé et rabattu sur la tumeur, dont la face externe est tapissée de glandes muqueuses normales, et dont l'autre versant répond à la tumeur. Cette face est revêtue d'un épithélium tantôt linéaire, tantôt plissé et esquissant des replis villeux. En certains points se dégagent des villosités très graciles, arciformes, qui circonscrivent entre elles des plages où l'on voit le dessin labyrinthique de villosités coupées obliquement ou transversalement. Enfin, de place en place, s'élève un tronc de tissu conjonctif d'où se dégagent une arborescence de villosités dendritiques. L'extrême irrégularité du dessin de la tumeur échappe à une description systématique.

A l'autre extrémité de la coupe la végétation villeuse semble avoir été abrasée. Il ne reste qu'un stroma conjonctif épais dans lequel on voit de nombreuses images pseudo-glandulaires en tous points comparables aux pseudo-acini des épithéliomas cylindriques.

Le revêtement cellulaire des villosités est constitué par un épithélium en général unicellulaire, mais stratifié en certains points. Les cellules et leurs noyaux présentent le polymorphisme détaillé dans l'obs. 32.

L'implantation des villosités s'opère de façon variable. Tantôt elles reposent directement sur la couche musculaire qui est érodée, sans présenter cependant d'infiltration profonde ; tantôt sur un stroma conjonctif épais parfois creusé d'une large vacuole tapissée d'un épithélium cylindro-cubique ; tantôt enfin sur un stroma en grande partie abrasé et largement vacuolaire.

On ne voit en aucun point de la tumeur, ni de cellules muqueuses dans l'épithélium villeux, ni de glandes muqueuses dans le chorion.

OBS. 36

Tumeur villeuse dendritique. — Ablation par les voies naturelles. — Aucune récidive après un an.

M. L..., âgé de 87 ans. — Depuis le début de 1926, difficultés pour aller à la selle, douleurs sourdes dans le bas-ventre. Matières quotidiennement mélaniques, parfois un peu de sang rouge à la fin de la garde-robe.

Entre les selles, émission de sérosité jaunâtre, tachant le linge ; faux-besoins fréquents sans ténesme.

Amaigrissement marqué, sans anorexie.

A *l'examen rectoscopique* (7 décembre 1926), on trouve sur la paroi antérieure à 10 cm. des bourgeons *mous* ayant l'aspect d'une tumeur villeuse dégénérée.

Le malade est opéré le 28 janvier 1927 (Professeur Lecène) : ablation de la tumeur par les voies naturelles avec excision d'une collerette de muqueuse.

En décembre 1927, l'état général du malade est très amélioré ; l'appétit est plus vif, le gain pondéral net, l'incontinence post-opératoire a considérablement rétrocédé. A l'examen rectoscopique la muqueuse rectale est normale jusqu'à 15 cm., sans qu'il soit même possible de constater la moindre cicatrice.

Examen histologique. — Fragment prélevé sur la pièce opératoire.

Pièce histologique correspondant en tout point à la description des observations 34 et 35.

Passage brusque entre la tumeur et le territoire sain au niveau d'un repli muqueux. Aspect dendritique des villosités épanouies dans toutes les directions. Polymorphisme nucléo-cellulaire extrême.

Insertion directe des villosités sur la couche musculeuse ; en d'autres points stroma épais et occupé par de larges îlots de dégénérescence rappelant la dégénérescence colloïde et dans lesquelles flottent des débris conjonctifs et des lambeaux de revêtement épithéliaux à cellules cylindro-cubiques.

Aucune cellule muqueuse ; aucune glande muqueuse.

OBS. 37

(Personnelle)

Tumeur villeuse dendritique, prolabée et fixée hors de l'anus. — Inefficacité de la radiothérapie. — Mort dans la cachexie sans métastase cliniquement appréciable.

Mme A..., âgé de 73 ans. Constipation progressive depuis décembre 1925 (une selle tous les cinq à six jours), entrecoupée de débâcles de pseudo-diarrhée liquide et jaunâtre. Peu à peu apparaissent les fausses envies, les gardes-robes deviennent douloureuses et une tumeur bourgeonnante, en choux-fleurs, s'extériorise par l'anus et s'y fixe.

L'état de sub-obstruction intestinale nécessite le 10 avril 1926 un anus iliaque. L'état local ne s'améliore pas et à l'occasion d'une hémorragie anale abondante la malade est admise à l'hôpital (5 juin 1926).

La tumeur prolabée à travers l'anus est du volume d'une mandarine ; elle est bourgeonnante, sanieuse, sphacélée en certains points.

L'âge de la malade et son état général excluant toute intervention chirurgicale, on procède à une cure de radiothérapie profonde : (16 séances du 10 au 28 juin 1926 ; 4 portes d'entrée, 2 sus-pubiennes et 2 sacrées ; 14.000 R).

L'action locale est nulle. La tumeur prolabée, infectée et ulcérée se fragmente par bourgeons sphacélés, l'état général décline et la malade meurt cachectique le 23 novembre 1926, sans présenter aucun signe clinique de métastase.

Examen histologique. — L'accès facile de la tumeur a permis de faire des prélèvements successifs.

Ce qui frappe de prime abord, c'est le bouleversement architectural. Les villosités procèdent en divisions et en bourgeonnements dans tous les sens, les unes effilées et graciles, les autres courtes et épaisses. Les espaces intervilleux sont occupés par de nombreux leucocytes de suppuration.

Le stroma est farci de pseudo-acini comparables à ceux de l'épithélioma cylindrique. Mais à côté de ces images pseudo-glandulaires, on voit en plein stroma, développés dans des vacuoles plus ou moins distendues, de véritables villosités, pseudo-acini inversés, dont l'épithélium est tourné vers le stroma de la glande ; elles sont axées par un filament conjonctif que l'on peut suivre jusqu'à la base du bouquet villeux et qui se perd à ce niveau dans le stroma tumoral. (Voir fig. 13.)

Le végétement néoplasique, pseudo-acini et villosités profondes, se développe en tous sens. Il se multiplie en profondeur sous l'épithélium corné du canal anal. En de nombreux points sa prolifération vers la surface érode ce revêtement au point de le réduire à l'épaisseur de deux ou trois éléments cellulaires ou le détruit totalement.

L'épithélium des pseudo-acini et des villosités est tout à fait atypique. Si l'on retrouve en certains points les hautes cellules cylindriques caractéristiques, il n'en reste pas moins que dans l'ensemble, cet épithélium est formé d'éléments cylindro-cubiques, irréguliers. Les noyaux sont volumineux, déformés, vacuolaires ou en pycnose. Les mitoses sont très nombreuses. Les images de pseudo inclusions cellulaires sont fréquentes. Il n'existe aucune cellule, ni aucune glande muqueuses.

Des prélèvements pratiqués après le traitement radio-thérapique montrent la totale inefficacité de ce dernier. Seules les végétations superficielles sont quelque peu abrasées ; mais la prolifération profonde demeure aussi active et on ne note aucune tendance du tissu interstitiel vers la sclérose.

VIII

CONCLUSIONS

I. — Nous avons été amenés à distinguer au double point de vue anatomique et clinique, deux variétés de tumeurs villeuses du rectum :

1° Les **tumeurs villeuses bénignes,** susceptibles au cours de leur évolution d'entrer en dégénérescence cancéreuse.

2° Les **tumeurs villeuses dendritiques** d'emblée malignes.

Ces néoformations offrent de nombreuses analogies avec les polypes villeux de la vessie.

II. — Au point de vue histologique :

Elles sont caractérisées par une prolifération villeuse à développement superficiel et qui semble être la conséquence de la multiplication sans stratification des cellules tapissant la surface des éperons interglandulaires.

Le revêtement épithélial de la *tumeur villeuse bénigne* est constitué par trois types de cellules : la cellule muqueuse normale de l'intestin, la haute cellule épithéliale fixant fortement les colorants, enfin toutes les formes de passage entre ces deux types. Ces deux dernières cellules prédominent dans la majorité des cas ; mais les cellules muqueuses, en général isolées, peuvent parfois constituer le revêtement d'un bouquet entier de villosités et même celui de toute une tumeur.

Les caractères histologiques de ces éléments et leur disposition architecturale font de la tumeur villeuse simple une tumeur essentiellement bénigne. En outre, malgré une réaction adénomateuse d'importance variable qui peut servir de base au processus villeux, elle doit être formellement distinguée de l'adénome.

La réaction villeuse imprime en effet, tant à son évolution clinique qu'anatomique, un cachet bien particulier.

Plus souvent que les autres tumeurs bénignes, la tumeur villeuse simple est susceptible d'entrer en dégénérescence cancéreuse ; alors apparaissent les modifications cellulaires et architecturales caractéristiques de la malignité, mais, dans la majorité des cas, cette transformation reste très longtemps superficielle et circonscrite et ne gagne le système lymphatique que très tardivement.

La *tumeur villeuse dendritique* affecte un type villeux encore plus pur et ne s'accompagne d'aucune réaction adénomateuse ou pseudo-glandulaire. Les cellules qui constituent son revêtement présentent toutes le type malin des cellules cylindriques de l'épithélioma glandulaire. Mais son architecture villeuse et son développement superficiel en font une néoplasie bien distincte de ce dernier. Il existe cependant des formes de passage dans lesquelles, à la prolifération villeuse, s'ajoutent des images d'infiltration profonde (tubes pseudo-glandulaires ou boyaux pleins).

Ici également les lésions demeurent longtemps circonscrites et n'infectent que tardivement les vaisseaux lymphatiques.

III. — Au point de vue clinique :

Ces tumeurs semblent plus fréquentes qu'il n'était admis jusqu'à présent ; elles se voient exclusivement chez l'adulte, surtout vers soixante ans et jusqu'à un âge avancé ; les hommes semblent un peu plus fréquemment touchés.

Les *tumeurs bénignes* se traduisent par un syndrome rectal assez banal, dans lequel il importe de mettre en évidence soit un écoulement muco-glaireux abondant, dans ce cas très particulier, soit une pseudo-diarrhée qui témoigne en réalité de cette hypersécrétion. Les douleurs, les hémorragies sont le plus souvent minimes et l'état général n'est pas atteint.

Localement le toucher digital et la rectoscopie — cette dernière indispensable à cause de l'aspect si spécial de ces néoformations — mettent en évidence une tumeur pédiculée ou sessile et dans ce cas à limite confuse, molle, fuyant sous le doigt, parfaitement

mobile sur les plans profonds et enrobée d'une sécrétion glaireuse qui masque l'aspect finement végétant de sa surface.

L'évolution se compte par années, sans modification des signes fonctionnels ou physiques et sans altération de l'état général.

Cependant on devra toujours craindre une transformation cancéreuse ; cette dernière n'est annoncée précocément par aucun signe clinique. Seules des biopsies répétées peuvent la déceler. Ce n'est qu'assez tardivement qu'on constate une modification de la tumeur (plus ferme en certains points, aspect villeux moins net), parfois des hémorragies plus abondantes ou plus faciles au contact digital ou des douleurs vraies. Cette évolution maligne demeure longtemps localisée sans grande altération de l'état général, et ce n'est, très fréquemment, qu'au terme ultime de la maladie, qu'apparaissent les troubles de compression et d'envahissement.

Les *tumeurs villeuses dendritiques* ne paraissent pas avoir de symptomatologie bien particulière. Tant par leurs caractères physiques que par les signes fonctionnels et généraux qu'elles déterminent, elles rappellent tantôt la tumeur villeuse bénigne dégénérée, tantôt l'épithélioma glandulaire du rectum. La biopsie est donc souvent le facteur indispensable du diagnostic.

IV. — Le **pronostic** des *tumeurs villeuses bénignes* est avant tout conditionné par la nature de l'intervention thérapeutique. Il semble bien que seule une ablation large, réséquant une fraction de la muqueuse saine à la base de la tumeur, mette à l'abri des récidives, alors qu'abandonnées à elles-mêmes, elles évoluent souvent vers la malignité.

Cependant, comme les polypes villeux de la vessie, mais semble-t-il avec une fréquence moins grande, les tumeurs villeuses peuvent dans certains cas récidiver sous formes de végétations étendues à toute la surface de la muqueuse. On a l'impression qu'il s'agit alors de greffes secondaires ou d'une véritable maladie villeuse, témoignant d'une viciation cellulaire jusque-là latente et brusquement révélée. Le pronostic devra tenir compte de ces faits, d'ailleurs assez rares.

Les *tumeurs dégénérées* et les *formes dendritiques d'emblée malignes* paraissent jouir d'un pronostic plus favorable que le cancer habituel du rectum à cause de la limitation des lésions et de leur extension très lente, qui font d'elles une maladie locale, longtemps justiciable d'une intervention curative.

V. — Le **diagnostic**, qui s'impose dans les cas typiques, se discute surtout avec l'épithélioma glandulaire et demande souvent à être confirmé par la *biopsie*. Cette dernière en effet révèle parfois des tumeurs villeuses dégénérées ou dendritiques là où la clinique avait supposé un cancer cylindrique banal.

Elle affirme également l'existence des tumeurs villeuses bénignes ; cependant, même après des prélèvements répétés, on fera des réserves dans ces cas sur la possibilité d'une transformation maligne encore très circonscrite et ayant échappé à la biopsie. C'est pour cette raison et du fait de l'extrême fréquence avec laquelle ces tumeurs entrent en dégénérescence, qu'elles n'offrent les garanties pronostiques d'une tumeur bénigne qu'une fois enlevées par une exérèse chirurgicale correcte.

VI. — La *radio-* et la *radium-thérapie* n'ont aucune action appréciable sur ces tumeurs. La *fulguration* peut être réservée à certaines formes accessibles, de petites dimensions et bien localisées. L'**intervention chirurgicale** constitue la thérapeutique de choix. Dans la majorité des cas l'ablation par les voies naturelles offre toutes les garanties d'exérèse suffisante. Lorsque cette technique opératoire est appliquée, il semble qu'il vaille mieux l'associer, surtout lorsque la tumeur est assez haut fixée, à la *rachi-anesthésie* qui seule réalise un relâchement total des sphincters et du releveur et offre une voie d'abord satisfaisante.

Vu : *Le Doyen*,
H. ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse*,
P. LECÈNE.

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

ALLINGHAM. — *Traité des Maladies du Rectum.*

APFFEL. — *Un cas de tumeur villeuse du Rectum* (Th. de Nancy, 1907).

BASSET et DELVAL. — Tumeurs papillomateuses du Rectum (*Soc. Anat.*, décembre 1907).

BENSAUDE (R.). — *Traité d'Endoscopie*, 2e éd., chez Masson.

BENSAUDE (R.). — *Nouveau Traité de Médecine*, t. XIV.

BENSAUDE (R.) et CAIN (A.). — Les indications, la technique et l'interprétation de la biopsie dans les tumeurs du Rectum (*Journal de Chirurgie*, 1920).

CHARDON. — Tumeur villeuse du Rectum (*Bulletin de la Soc. Anat.*, 1906).

COOKE. — *Disease of the Rectum and Anus* (1914).

CRIPPS (HARRISSON). — *Maladies du Rectum et de l'Anus*, 1e éd., 1913.

DELBET et BRÉCHOT. — *Nouveau Traité de Chirurgie*, t. XXVIII. Baillère, 1906.

GALARD. — *Indications et Traitement des Tumeurs villeuses du Rectum* (Th. de Paris, 1924).

GANT (G.). — *Maladies du Rectum, de l'Anus et du Côlon*, 1913.

GOODSAL et MILES. — *Maladies de l'Anus et du Rectum*, 1905.

HAUSER. — *Das Cylinderepith. Karcin. des Magens und des Dickdarms* (Iéna, 1890).

KELSEY. — Adénome papillaire du Rectum (*N. Y. Red. Journ.*, 1886).

LECÈNE. — *Thérapeutique chirurgicale*, t. III, 1926.

MONOD (ANDRÉ). — *Contributions à l'étude des Tumeurs villeuses du Rectum* (Th. de Paris, 1919).

PENNINGTON. — *Traité des Maladies de l'Anus et du Rectum*, 1921.

POTHERAT. — Tumeur villeuse du Rectum (*Bull. et Rev. de la Soc. de Chirurg.*, 1907).

QUAIN. — *Traité des Maladies du Rectum et de l'Anus* (Londres, 1854).

QUÉNU et LANDEL. — Des tumeurs villeuses ou épithéliomas superficiels végétants du Rectum (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, février 1894, nº 1).

QUÉNU et HARTMANN. — *Chirurgie du Rectum*, 1899.

RAVAUT (P.). — Anesthésie chirurgicale limitée à la région génito-périnéo-anale par injection intrarachidienne de solutions concentrées (*C. R. de la Soc. de Biol.*, 22 juin 1907).

ROKITANSKY. — Zottenkrebs (*Lehrbuch des spezielen path. Anat.*).

STRAUSS (H.). — *Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten* (VI Band, 1 Hälfte), Berlin.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

ÉTUDE CLINIQUE D'ENSEMBLE 5

ETIOLOGIE 5
SIGNES PONCTIONNELS ET GÉNÉRAUX 6
EXAMEN PHYSIQUE 11

ANATOMIE PATHOLOGIQUE 15

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES 15
ETUDE HISTOLOGIQUE 18

HISTOGÉNESE ET PATHOGÉNIE 32

HISTORIQUE 32
CONCEPTION HISTOLOGIQUE DE LA TUMEUR VILLEUSE BÉNIGNE 34
CONCEPTION HISTOLOGIQUE DE LA TUMEUR VILLEUSE DENDRITIQUE D'EMBLÉE MALIGNE 39

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC DES FORMES ANATOMO-CLINIQUES 44

TUMEURS VILLEUSES BÉNIGNES 44
TUMEURS VILLEUSES DENDRITIQUES 49

DIAGNOSTIC 52

LA BIOPSIE 56

TRAITEMENT 58

RADIUM- ET RADIO-THÉRAPIE 58
ELECTRO-COAGULATION ET ÉTINCELAGE 60
TRAITEMENT CHIRURGICAL 62

OBSERVATIONS 68

TUMEURS VILLEUSES BÉNIGNES 68
TUMEURS SECONDAIREMENT DÉGÉNÉRÉES 89
TUMEURS VILLEUSES DENDRITIQUES D'EMBLÉE MALIGNES 107

CONCLUSIONS 113

BIBLIOGRAPHIE 117

ICONOGRAPHIE (14 figures hors texte) 32

Imprimerie Alençonnaise, 9-13, rue des Marcheries, Alençon (Orne)